

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



Dr Christophe Mégevand
Vice-président de l'AMGe

Pertes irréversibles

Le constat est alarmant : « un tiers des étudiants en médecine envisagerait d'abandonner après une première expérience pratique » selon un article publié ces derniers jours par le Pr Friedrich Stiefel dans la Revue médicale suisse (RMS). Lorsque l'on sait qu'un médecin sur dix quitte la profession avant l'âge de la retraite, que les temps partiels deviennent l'évidence dans une société qui tend à un meilleur et salubre équilibre entre les vies professionnelle et privée, que l'introduction d'un nouveau tarif médical et ses contraintes administratives poussent des collègues à stopper leur activité médicale, que la pénurie de médecins est à nos portes, on peut s'interroger sur l'impact des réformes voulues par le politique qui secouent notre profession et qui auront un impact déterminant pour les prochaines années.

D'un côté, il y a la filière de formation où l'entonnoir et la guillotine de la première, voire de la seconde année d'études, établissent une sélection d'étudiants motivés, mais plongés dans les livres ou

devant leurs écrans, loin de la réalité souvent crue et dure du quotidien du médecin hospitalier ou du praticien, et de l'autre une profession entière qui voit son indépendance et ses libertés constamment attaquées. Le constat est amer.

L'époque est au changement. Le mot est sur toutes les lèvres et dans tous les articles consacrés. Comme pour tous les métiers, notre profession voit l'arrivée de l'intelligence artificielle telle une révolution dans l'approche du patient, l'interaction soignant-soigné, les connaissances professionnelles qui deviennent universelles, les hypothèses diagnostiques ou thérapeutiques remises en question instantanément. Cette révolution existe, nous avons la capacité de l'intégrer, de la digérer et de l'utiliser avec une intelligence humaine inégalée, car notre profession est au-delà de cette intégration machine faite d'algorithmes. Notre métier, c'est l'humain. Et ça, nous savons faire. La recette est ancienne, connue, transmise de soignant à soignant, de formateur à étudiant

dans un échange où le verbal, l'infra verbal et même le supra verbal sont indissociables. Cela paraît l'évidence, mais cette évidence se disloque, s'égare, est en pleine mutation, non pas que l'intelligence artificielle ait gagné la mère des batailles, mais plutôt que le monde de la santé, au travers des changements tectoniques qui l'agitent, perd de son sens, comme si la boussole ne retrouvait plus le Nord.

L'époque est aux changements et aux bouleversements. En quelques années, aucun secteur médico-chirurgical n'aura été épargné par les volontés politiques, populaires ou assécurologiques. Clause du besoin infligée, garde médicale imposée, valeur du point tarifaire irrésolue, assurances complémentaires chamboulées, tarification médicale Tardoc et forfaits introduits, zone de neutralité et plafond des coûts surveillés, arrivée prochaine du financement moniste EFAS entraînant une planification ambulatoire aux indicateurs encore flous, secret médical attaqué au travers

des codes diagnostiques, réseau de santé étendu et projet de caisse publique hypothétique, les réformes qui apportent leur lot d'insécurité et de craintes du lendemain sont nombreuses. Ces modifications en profondeur de notre quotidien, de notre indépendance, de nos modes de facturation, de nos revenus, mais aussi de notre propre cohésion, amènent un climat de tension, de peur qui n'est pas pour rassurer le corps médical ni la relève.

On dit que le diable se cache dans le détail. C'est sans aucun doute dans les exemples concrets de ce qui se passe sur le terrain que nous devons chercher les causes de nos propres interrogations. Que dire à un collègue qui ne peut facturer ses déplacements alors qu'il effectue des soins palliatifs à domicile, que répondre à un autre qui est attaqué par les assurances en mettant la taxe administrative pour le travail pré-analytique du laboratoire fait par le personnel paramédical lors d'une prise de sang, à ces collègues qui travaillent le soir ou le week-end sans être mieux rémunérés, à ceux dont les patients reçoivent une injonction par les assureurs de leur indiquer le temps réel, moins de deux heures, entre leur appel et la consultation pressante qu'eux-mêmes ont demandée, à ce chirurgien qui doit utiliser un forfait qui correspond à la médecine d'il y a dix ans, ou encore aux médecins ciblés par le control-

Là est tout le paradoxe de notre société qui verra dans les prochaines années exploser la demande en soins tant la démographie évolue, tant la population vieillit et devient fragile.

ling des assurances-maladie sur une position unique du tarif pour des comparaisons statistiques de facturation? Les points de colère augmentent et la relation avec les assureurs ne peut que se détériorer. C'est là où notre propre cohésion est essentielle, où la défense d'une spécialité est également celle des autres disciplines, que la connaissance des dossiers doit être plurielle, que notre association ne peut exister qu'en prônant qu'ensemble nous sommes plus forts.

À Genève, une affiche publicitaire attire le regard. L'image montre un jeune soutenant un senior. Son slogan « Les voir oublier, c'est dur. Ne pas les oublier, c'est beau. Deviens soignant-e Métiers pour la vie ». À l'heure où le parlement suisse débat avec difficultés de la revalorisation des soins infirmiers, dans un temps où notre pays fait face à un nombre de plus en plus important de patients présentant des troubles cognitifs, où le maintien à domicile devrait être au cœur des soins

et rémunéré en conséquence, le système de la santé pose question. Cela n'est pas nouveau. Dans un éditorial de la RMS paru fin janvier 2026 et signé par les professeurs Carole Claire, Idris Guessous, Jean-Luc Reny et Peter Vollenweider, les auteurs soulignent que « les enjeux de 2025 ressemblent à ceux de 2008 – certains diront qu'ils sont encore plus complexes (*lire article p.21*). La polymorbidité n'est plus l'exception: elle est la norme. » Là est tout le paradoxe de notre société qui verra dans les prochaines années exploser la demande en soins tant la démographie évolue, tant la population vieillit et devient fragile. Les notions d'indépendance et d'autonomie seront au centre des préoccupations. Le nouveau tarif médical Tardoc n'est ni à la hauteur de cet enjeu sociétal, ni adapté à cette réalité. Les réponses politiques sont attendues et nous aurons un besoin impérieux d'une relève de haute qualité. Les médecins ne doivent pas devenir des générations désenchantées qui oscilleraient entre la désillusion des études, de l'expérience hospitalière et la perte de sens liée à une administration gargantuesque et une tarification insolente pour le travail sanitaire et social effectué. ●

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Dr Christophe Mégevand
Vice-président de l'AMGe

Pour du lIAnt à l'ère du tout informatique

Récemment, j'ai eu face à moi un patient qui, à l'initiation de son anamnèse, a d'emblée livré sa problématique en ces termes : « je pense souffrir d'une malabsorption des sels biliaires ». Quant au cheminement ayant amené à cette évocation diagnostique, il m'a expliqué avoir soumis l'ensemble de ses symptômes au filtre d'une IA.

Pour un médecin de ma génération, ce type d'expérience est déstabilisant. Il acte le fait suivant : il faut dorénavant accepter et intégrer qu'entre le soignant et le patient s'élève l'offre de l'IA, avec un risque de distanciation entre les deux protagonistes. Sans vouloir écarter un outil devenu indispensable à la pratique médicale, ne faut-il pas réfléchir aux qualités propres à l'être humain, à même de valoriser relationnellement et intellectuellement notre profession et d'empêcher que l'ombre du tout algorithmique n'efface progressivement la personne du médecin ?

Les outils informatiques relèguent certaines de nos prérogatives (acquises au prix de gros efforts de mémorisation) à la marge. Le travail intellectuel d'élaboration du diagnostic différentiel se voit inévitablement réduit. Les options thérapeutiques vont nous être livrées et dictées avec l'application et l'imposition de schémas à suivre formellement (cela constitue très certainement un bénéfice pour les malades mais soulève accessoirement, et c'est un autre débat, la question de l'origine des « édits » pouvant potentiellement valoriser des compagnies, voire certains états...). Des

perspectives d'une médecine et d'une prévention hautement personnalisées émergent. Les capacités en recherche fondamentale sont démultipliées. Tout ceci permet de conclure à une mutation plus ou moins rapide du rôle de soignant.

Pour autant, face à cette évolution d'efficacité et cette informatisation galopante, n'y a-t-il pas lieu de revenir, aussi dans un cursus d'études scientifiques, aux Humanités ?

Ce qui fait la richesse de notre métier, ce sont les liens humains.

Ce qui fait la richesse de notre métier, ce sont les liens humains. Si l'on ne veut pas qu'ils se délitent, encourageons-nous à mener des quêtes dans les domaines philosophiques, éthiques, littéraires et plus généralement des arts ! Ils rassemblent la somme des aspirations de la condition humaine et, donc, de ce qui fait sens et doit guider notre action ; en somme la culture comme remède à l'informatisation de tout affect ; la constitution d'un socle commun d'émotions à partager, susceptible de créer et maintenir du lien ; à renforcer des chaînes de valeurs ; à aider à contextualiser les situations. Le bagage scientifique est évidemment indispensable mais il gagne à s'accompagner d'un référentiel d'œuvres, qui aident à décrypter le réel.

Savoir, par ailleurs, valoriser la créativité et l'imagination peut s'avérer être un remède à l'assèchement purement factuel de nos sociétés informatisées, oubliées de la trajectoire humaine, de ses singularités : non pas une créativité prenant les raccourcis que permet l'usage de prompts mais celle nourrie de référence acquises par l'étude et engageant un travail pratique. C'est certainement des qualités que devront entretenir les membres des différents comités chargés d'élaborer les futures directives médicales ou de valider les recherches scientifiques.

J'ose espérer que ces différents aspects sont abordés dans le cadre des études actuelles.

La généralisation de l'implémentation des outils informatiques appelle à une réflexion des formateurs : ils doivent sensibiliser et orienter les étudiants à l'aune de ces nouvelles réalités. Le rôle de médecin va immanquablement être redéfini et s'inscrire de plus en plus dans celui d'un accompagnateur, qui a parfaitement intégré les multiples dimensions humaines de son métier. ●

Docteur Pierre Charbonnet
Chirurgien

Le mois dernier, l'AMGe a...

Dossiers traités

Garde médicale :

- Réunion préparatoire COPIL
- Séances de travail (20 et 27 janvier)
- Participation comité de pilotage (28 janvier)

Tardoc :

- Échanges téléphoniques appel membres

Medisuisse :

- Échange téléphonique membres

Honoraires LCA :

- Facturation Asteriks et Groupe Mutuel
- 1 séance Groupe Mutuel : convention LCA
- 1 séance commission de gouvernance Assura & Groupe Mutuel : LCA
- 4 séances hebdomadaires- Assura : convention LCA
- 4 séances hebdomadaires avec la société Atipik : évolution programme de facturation Asteriks

Beluga :

- 4 séances de travail (07 et 21 janvier médecine de premier recours / 26 janvier intégration de la médecine spécialisée / 08 janvier promotion de la santé et prévention PSP)
- Traitement avis diffamatoires sur Google pour membres
- Rédaction de l'édito de La Lettre
- Relations médias : interview RTS
- Séances et points hebdomadaires avec l'agence de communication

Commission

20.01.2026

COMCO Berne

Courriers et documents élaborés

Rédaction d'une convention accord garde pédiatrique Lancy

Rédaction d'une convention accord valeur du point reconduite en attendant la décision du tribunal (AMGe-HSK)

Courrier à la FMH pour intervenir auprès des instances compétentes pour application du «U»

Nombreux courriers de réponses à propos de questions concernant le code diagnostic

Divers courrier suite à des questions concernant le droit de pratique et le droit de facturer à l'AOS

Courrier à propos des problèmes de droits acquis

Courrier conflit TPAA suivi pédopsychiatrie

Courrier ProLitteris (droits d'auteurs)

Courriers suite refus de remboursement par assurance

Courrier suite à de nombreuses questions facturation chaînages ou/et à l'acte

Courrier concernant prélèvements pré-analytique

Activités des organes et commissions de votre association

4 réunions du BUREAU du conseil

06.01.2026 | 13.01.2026 | 20.01.2026 | 27.01.2026

SUJETS TRAITÉS :

Tardoc :

- Entrée en vigueur point de situation
- Valeur du point
- Code diagnostic
- Valeur intrinsèque qualitative : status neurologique B

Honoraires LCA :

- Point de situation
- Procédures
- Actions patients à l'encontre des assureurs (Me M. Balavoine)

Rémunération activité pré-analytique

Projet APA, hospice général

Stratégie de communication 2026 – présentation par l'agence

Refonte du site internet et Lettre de l'AMGe

Statistiques de garde médicale de la médecine interne générale

Permanence fêtes de fin d'année

Ctésias 2025 : chiffres médecins

Défraiement membres AMGe

Étude des contenus réseaux sociaux campagne SLMG mon médecin et moi

1 réunion du CONSEIL

13.01.2026

SUJETS TRAITÉS :

Analyse des objets statutaires du mois de janvier

Médecine spécialisée

Urgence / gardes : point de situation

Honoraires privés : point de situation

Valeur du point

Clause du besoin

1 réunion des présidents de groupes

21.01.2026

SUJETS TRAITÉS :

Gardes médicales

Tardoc : codes diagnostic

Honoraires privés : point de situation

Médecine hautement spécialisée : processus en cours pour centraliser dans des pôles d'excellence régionaux certaines spécialités, pour augmenter la qualité des soins et diminuer les coûts.

Commission de nomination des professeurs

Revue de presse

Neutralité des coûts dans le TARDOC

1 réunion de la commission de déontologie et de conciliation

12.01.2026

Evénements

29.01.2026

Rencontre des secrétaires généraux romands

Secrétariat

Réception téléphonique

Accueil

Correspondance sous dictée

OJ et PV sous dictée des séances : bureau, présidents de groupe, conseil

Tenue de la petite caisse

Secrétariat de la commission de déontologie & participation séance

Suivi des défraiements de médecins

Gestion des contrats des médecins conseil

Insertion petites annonces et offres d'emploi sur le site web

Collaboration avec l'agence Nadiacommunication pour envoi de la Lettre, contenu de la partie membres

Gestion des nouveaux membres

Envoi 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 secrétaire général

Organisation du repas annuel du Conseil

Organisation des journées de formation pour les nouveaux membres

Commandes et facturation matériel pour les membres

Gestion boîte mails info@amge.ch

Communication

La Lettre de l'AMGe édition digitale du mois de janvier : gestion rédacteurs et contributeurs, rédaction contenus, suivi espaces et revenus publicitaires, élaboration réalisation et production, contrôle financier

Mise en page et publication du programme SMG 2026

Séance mensuelle des communicants des organisations faïtières suisses et romandes SMSR et FMH

Points communications hebdomadaires avec le bureau

Coordination campagne « mon médecin et moi » initiée par SLMGe, deuxième vague 2026

Présentation au bureau de la stratégie communication 2026

Gestion du projet de refonte du site internet

Gestion projet de visite culturelle destinée aux membres

Collaboration avec le secrétariat

Revue de presse ARGUS quotidienne: gestion et suivi

ProLitteris

Relais de contenus et publications site web et Newsletter hebdomadaire

En chiffres

Informatique et sécurité



Assistance & technique

40 heures

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

374

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



Maintenance et gestion

32 heures

Messagerie sécurisée

9 heures

Site web

Mails & Téléphones

754

Appels entrants



79

Appels sortants

1'517

Mails entrants



660

Mails sortants



285

Contacts membres pour aide du support

1'556

Nouveaux tickets pour le secrétariat



2'492

Échanges mails et téléphones suite aux tickets



10'659'110

Mails membres stockés sur la plateforme



18'721

Mails membres entrants/sortants sur la plateforme moyenne/jour

Protection numérique

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

24'383

messages rejetés (spams, virus)

95'118

connexions refusées ou échouées – dont une partie provient des criminels

4'193

tentatives de connexions pour l'adresse la plus attaquée

101

le record de tentatives pour un seul compte provient de 101 pays différents

2'238

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.

Seule une meilleure gouvernance permettra de transformer le système de santé^a

INTERVIEW DE LAURENT KURTH PAR MICHAEL BALAVOINE

Rev Med Suisse 2026; 22: 3-6 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.945.49365

Plus une journée ne passe sans qu'on nous promette la mort du système de santé suisse. Trop coûteux, trop gourmand en ressources et trop spécialisé, il serait devenu incapable de prendre en charge les nouveaux besoins de la population et des personnes malades. Les progrès de la médecine des cinquante dernières années ont en effet conduit à une spécialisation kafkaïenne des compétences techniques en médecine, aboutissant à un morcellement spectaculaire des parcours de soins. Cela alors même que le système doit avant tout prendre en charge des soins chroniques et de longue durée qui nécessitent, bien au-delà des prouesses technologiques, du temps relationnel, de la coordination et de l'interprofessionnalité. Comment agir pour initier un changement de culture du soin en Suisse? Sur quels leviers politiques appuyer pour insuffler une dynamique positive de transformation du système? Dans l'interview qu'il nous a accordée, Laurent Kurth, ancien Conseiller d'État du canton de Neuchâtel en charge de la santé et nouveau Président du Conseil d'administration d'Unisanté,^b affirme qu'une meilleure gouvernance permettrait de réinstaurer une vraie logique de santé publique dans les orientations du système de santé et, ce faisant, aboutirait à la définition de nouvelles priorités dans l'offre de soins.

Le discours dominant est alarmiste sur l'état et la durabilité du système de santé suisse. Commençons par prendre le contrepied de cette toile de fond. Peut-on vraiment dire que la Suisse est mal lotie en matière de santé? Le système suisse ne dispose-t-il par d'une base solide pour faire face au futur?

Laurent Kurth (L. K.): C'est vrai que, malgré toutes les limites et les lacunes qu'on lui connaît, le système suisse de santé reste, en comparaison internationale, l'un des meilleurs du monde. Il répond, pour l'instant encore en grande partie, à trois promesses fondamentales de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal): une solidarité entre jeunes et personnes âgées, une solidarité entre malades et bien portants et une solidarité dans l'accessibilité aux soins quel que soit le niveau de revenu. Des limites apparaissent néanmoins assez rapidement dans l'accès aux soins, créant ainsi également des ruptures dans la solidarité entre malades et bien portants. Mais disons que, globalement, nous avons encore en Suisse un niveau de qualité des soins satisfaisant. Lorsqu'une personne souffre, elle trouve des soignants et des médecins bien formés, des hôpitaux et des structures de soins dans un périmètre géographique relative-

ment proche, avec un bon accès à la technologie et une prise en charge de qualité; et la couverture financière est en principe assurée. Pour faire court, celui qui sollicite des soins y a accès au moment où il les sollicite sans qu'il y ait trop de barrières en termes d'âges ou de revenus. Ce sont ces valeurs, de qualité, d'accessibilité et de solidarité qu'il faut chercher à préserver, voire à développer, dans le système de soins du futur.

Comment expliquer que le système de santé suisse, comme celui de tous les pays occidentaux, semble se fissurer?

L. K.: Il y a eu, depuis les années cinquante du siècle dernier, un courant de fortes spécialisations en médecine. Il a fallu concentrer des expertises, notamment dans les hôpitaux. Aujourd'hui, nous avons des systèmes industrialisés ultrasophistiqués où, pour soigner n'importe quelle pathologie, nous avons non seulement besoin d'un médecin, mais aussi de tout un ensemble de soignants. Or, ce qui pèse le plus lourd dans le système de santé actuellement, ce sont les soins chroniques et de longue durée. Pour assurer ce type de prise en charge, il faut surtout du temps, de la coordination et des communautés locales très investies dans les problématiques de santé. C'est exactement ce dont nous manquons, comme d'ailleurs l'ensemble des pays qui nous entourent.

Dans le contexte des soins chroniques et de longue durée, le fédéralisme suisse n'est-il pas une chance?

L. K.: Oui. Globalement, nous avons les qualités d'un pays riche à très forte densité urbaine. Il y a des pôles rapprochés qui créent un maillage très fin sur l'ensemble du territoire. Avec, en plus, une structure fédéraliste qui permet, du moins en théorie, de centraliser ce qui doit l'être et simultanément d'assumer les responsabilités liées à la proximité. Pour gérer le vieillissement démographique, les soins primaires, la prévention ou la promotion de la santé, il y a un fort besoin de régionalisation. Mais pour être efficace, il faudrait bien repenser comment articuler l'ensemble de ces échelons politiques. Si on y arrivait, cela pourrait rendre la Suisse extrêmement dynamique dans le domaine de l'organisation de la santé et des soins de demain.

Pour que la Suisse exploite pleinement ses possibilités, il faudrait, selon vous, revoir la gouvernance du système?

L. K.: Nous avons effectivement un problème d'intrication de responsabilités politiques que nous n'avons jamais affronté. D'un côté, les cantons sont responsables de l'organisation du système de santé sur leur territoire. Ils doivent veiller à l'offre de soins et organiser des politiques de santé publique. Comme l'éducation, la sécurité ou la culture, la santé est, pour une large part, restée une compétence cantonale. Les assurances sociales

^aUne première version de cette interview a été publiée dans le Rapport 2024 de la Fondation Leenaards.

^bLaurent Kurth s'exprime ici à titre individuel et non au nom de son institution.

relèvent en revanche de l'échelon fédéral. La confrontation entre ces deux logiques n'a jamais été réglée. Or, la LAMal est devenue très intrusive dans la gestion du système de santé lui-même, ce qui limite beaucoup la capacité d'action des cantons. Beaucoup de gouvernements cantonaux ont tellement intériorisé les logiques de la LAMal qu'ils se considèrent d'ailleurs comme de simples organes d'exécution de cette législation et oublient qu'ils sont avant tout les principales autorités sanitaires du pays, responsables du système de santé et de soins. De surcroît, il y a déjà tellement à faire pour répondre aux exigences de la loi fédérale qu'il ne reste plus de temps, ni d'argent, ni parfois l'espace juridique nécessaire, pour élaborer et assumer une politique cantonale. La première question à régler, selon moi, c'est cette distinction entre ce qui relève de l'assurance et ce qui relève de la gouvernance globale du système ainsi que la répartition des responsabilités entre confédération et cantons.

Concrètement, quels domaines devraient être gérés par l'échelon fédéral?

L. K.: Les questions des médicaments, de la transplantation, des maladies transmissibles ou encore de la formation des professionnels relèvent aujourd'hui de la compétence de la Confédération. Il y a un certain nombre d'éléments où il faut bien reconnaître que nous vivons sur un seul espace national. Pour le reste, la Confédération devrait être responsable de définir, en concertation avec les cantons, des objectifs généraux de santé publique et des standards, par exemple en matière de qualité ou d'accessibilité. En revanche, la mise en œuvre et la façon d'atteindre ces standards, avec les réalités régionales diversifiées que nous connaissons, devraient être du ressort des cantons, avec une responsabilité politique clairement assumée, une plus grande implication des Parlements cantonaux et davantage de démocratie dans les choix opérés.

Comment pourrait-on améliorer ce problème de gouvernance?

L. K.: Avec un-e vrai-e ministre de la Santé. En Suisse, nous avons un ministère de gestion de la LAMal, mais pas de véritable ministère de la Santé. Le Parlement réglemente tout via la LAMal qui est une loi d'assurance. Il s'immisce pourtant ainsi dans l'organisation du système de soins, avec de multiples contraintes nouvelles chaque année. Les exécutifs cantonaux voient leurs prérogatives progressivement limitées et les Parlements cantonaux sont progressivement sortis du jeu. Et comme la Constitution fédérale ne prévoit pas de compétences spécifiques au niveau fédéral, l'exécutif fédéral ne peut se voir confier de nouvelles prérogatives. En conséquence, aucune autorité élue ne peut agir sur l'organisation des politiques de santé et en assurer la cohérence. C'est le cœur du problème de la gouvernance du système suisse. Il faut réinstaurer des responsabilités politiques pour avoir les moyens de mettre en place de vraies politiques de santé publique. L'exemple de la prévention et de la promotion de la santé est pour le coup frappant. On a externalisé cette tâche à une fondation, Promotion Santé Suisse. Il y a un pilote organisationnel, avec une redistribution de la manne sur le territoire, mais cette fondation n'a aucune capacité d'influencer les autres politiques publiques qui ont des impacts significatifs sur la santé. Ça serait pourtant la plus significative démarche de prévention. De même, dans

les exécutifs cantonaux, on a tellement intériorisé le fait que le système est régi par une législation d'assurance (la LAMal) qu'il est difficile pour les ministres de la Santé d'obtenir un budget pour mettre en place un vrai service public si l'exigence ne découle pas directement de la LAMal. On peut le faire à la marge, si on arrive à obtenir des résultats dans les deux ans. Mais pour des actions de santé publique à plus long terme, comme l'organisation des soins primaires, cela devient pratiquement impossible. Et sans ce type d'action politique, il n'est simplement pas possible de produire de la santé.

Un ministère de la Santé permettrait aussi de mener des politiques intersectorielles qui s'avèrent cruciales pour la santé publique?

L. K.: Oui. Il faudrait que la santé fasse partie des délibérations lorsqu'on traite d'environnement ou de consommation, de travail ou de logement; car ces éléments sont centraux pour la santé des populations. Toutes ces questions transversales des politiques publiques qui ont un impact sur la santé sont évacuées du débat. Je serais curieux de voir combien de rapports sont produits sous l'angle de la santé publique lorsque le Conseil fédéral parle de travail, de sécurité ou d'environnement. Probablement très peu. C'est pourtant ce qui se pratique pour les domaines de l'énergie, de l'aménagement du territoire ou des finances. Il n'y a plus de politiques sectorielles qui se déploient sans que les impacts qu'elles ont sur ces domaines ne soient examinés. La santé publique échappe quant à elle complètement à cette logique.

C'est pour remettre de l'ordre dans ces responsabilités politiques que vous plaidez pour une loi fédérale sur la santé?

L. K.: À l'origine, l'idée d'une loi est effectivement de remettre un peu d'ordre dans un ensemble de compétences aujourd'hui mal définies. Mais cette idée est souvent mal comprise et on se frotte très rapidement à des problèmes de défense du fédéralisme. Si on résume grossièrement, l'architecture constitutionnelle de la Suisse, ce sont 26 cantons souverains, qui se fédèrent et qui décident de remonter certaines compétences au niveau fédéral. Mais tout ce qui n'a pas été explicitement délégué vers le haut reste cantonal. Alors quand vous proposez de centraliser un peu plus, vous avez tous les fédéralistes qui se réveillent et vous disent que vous allez affaiblir la qualité du pays et introduire un excès de centralisation. On vous dit: « attention, vous allez perdre la proximité du terrain, l'autonomie et la saine émulation liées à la concurrence entre cantons. » Ce que je ne conteste pas d'ailleurs. Le risque, c'est vrai, avec la concentration est de se déconnecter des réalités et de la diversité des régions. Il faut donc une loi de santé, mais qui soit minimale, qui pose quelques grands principes et quelques grands standards et fixe de façon exhaustive les compétences de la Confédération, mais dont l'essentiel de l'exécution reste cantonal. Et surtout, une législation qui clarifie les responsabilités: ce qui est laissé à l'initiative des cantons n'est pas régi par une autre loi, en l'occurrence sur l'assurance-maladie.

Contrairement aux idées reçues, une loi fédérale sur la santé pourrait redonner du pouvoir d'agir aux cantons?

L. K.: Probablement. Il faut bien se rendre compte qu'aujourd'hui, il y a des centaines de millions qui sont dépensés à charge des budgets cantonaux sur injonction fédérale liée à la LAMal.

**RÉINSTITAURER DES
RESPON-
SABILITÉS
POLITIQUES
POUR METTRE EN
PLACE DE VRAIES
POLITIQUES DE
SANTÉ PUBLIQUE**

Une part des soins de longue durée et des frais d'hébergement en EMS, la participation aux coûts hospitaliers, les subsides pour l'assurance-maladie: ce sont des paquets d'argent qui représentent la majorité des budgets cantonaux de la santé et qui sont en grande partie imposés par le droit fédéral. L'idée n'est donc pas de donner encore plus de prérogatives à cet échelon. Il s'agit simplement de mettre de l'ordre dans les compétences des uns et des autres, dans cette multitude de normes qui créent des obligations pour les cantons tout en affaiblissant leur capacité à mener une vraie politique de santé. Le projet, ce n'est donc pas de centraliser plus.

La question de la gouvernance du système ne règle toutefois pas une préoccupation légitime du politique et de la population: celle des coûts. Comment améliorer l'acceptabilité financière des prestations?

L. K.: Il faut d'abord relever qu'il y a un énorme gaspillage dans le système actuel. La compétition conduit, comme toujours quand elle s'organise sur la base de financements publics, à une forme de «course à l'armement». Avec la LAMal de surcroît, il n'y a pas de contrainte budgétaire ou politique. Lorsqu'un patient passe la porte d'un hôpital, il sait que la prestation va être payée, indépendamment de sa pertinence et de son efficacité. La prestation appelle ainsi le financement, ce qui aboutit à une débauche de moyens. En plus, avec une rémunération à l'acte, l'offre de prestations se développe dans les secteurs les plus rentables plutôt que selon des indications de santé publique. Cette débauche de moyens et cette course à la prestation se déroulent en plus dans une absence totale d'arbitrage puisqu'aucune autorité n'est légitimée pour proposer ou décider de priorités. À quoi alloue-t-on les ressources? Que fait-on des plus de 90 milliards que nous dépensons chaque année? En Suisse, on se vante de notre démocratie directe. Mais pour la santé, les choix ne sont pas du tout démocratiques. Il n'y a ni autorité investie, ni référendum possible, ni budget voté.

Le constat de la course à la prestation sans arbitrage est largement partagé. Mais comment la juguler?

L. K.: Cela peut paraître iconoclaste, mais je pense que restaurer un service public peut être une partie de la solution. Aujourd'hui, si les cantons devaient définir une seule priorité dans l'exercice de leurs prérogatives d'autorités sanitaires, ça devrait être d'organiser une offre de base, un socle, qui permette à chaque patient d'avoir un accès en un temps raisonnable à une prise en charge de première ligne généraliste, à une policlinique ou à un centre hospitalier. Ces lieux pourraient orienter de façon pertinente les patients vers les ressources spécialisées et développer des logiques d'éducation à la santé, de prévention et de promotion. Ils pourraient également suivre les malades chroniques et développer des incitatifs de santé publique. Or, avec l'emprise de la LAMal et sa logique de financement à la prestation, seul le soin est remboursé. Avec cet aspect pervers que les prestataires de soins ont comme «intérêt» à ce que la population soit en mauvaise santé pour qu'elle consomme du soin remboursé. Et la tarification à l'acte est aussi en partie responsable de l'hyper-fragmentation du système et de son manque de coordination.

On va vous accuser de vouloir étatiser la médecine...

L. K.: Comprenez-moi bien, développer une logique de service

public ne veut pas dire que tous les acteurs doivent être des fonctionnaires. Il s'agit de développer un service accessible à tous et sans barrière, ce qui peut très bien se faire avec des acteurs privés dont le mandat est clairement encadré. Et je ne suis pas non plus opposé à une partie de financement lié à la prestation. Mais il y a aujourd'hui un véritable effet pervers. Le tarif couvre le coût complet dès la première unité, y compris la part des coûts fixes. Le prix reste identique si on double la quantité. Ce qui amène à une situation extraordinaire: on gagne en faisant un acte, mais plus on en réalise plus la marge s'accroît. Le trop devient le plus rémunérateur. C'est un système qui pousse à la surconsommation alors même que nous entrons dans une ère de pénuries en termes de soignants et d'argent. Avec un socle de base de santé publique, on pourrait corriger le tir. Un service de base (prestations de première ligne, équipements techniques lourds, infrastructure hospitalière de base) qui serait financé par d'autres moyens que l'assurance. Et là-dessus, on ajouterait une offre dont le financement est lié à la prestation, mais qui ne couvre pas le coût complet. Ce qui fait qu'il faudrait atteindre des tailles critiques pour être rentable. Avec un tel système, une offre pléthorique ou sous-optimale ne fonctionnerait pas. Rétablir un service public est donc aussi une question d'efficacité économique.

**LE SYSTÈME
POUSSE À LA
SURCONSOMMATION
ALORS QUE
NOUS ENTRONS
DANS UNE ÈRE DE
PÉNURIES**

Le financement du système va devenir encore plus problématique avec le vieillissement de la population. Comment intégrez-vous cet élément dans vos réflexions?

L. K.: C'est un autre chapitre inquiétant. Si on double la population des personnes de 85 ans et plus, on double le nombre de gens qui génèrent une part prépondérante des coûts de la santé aujourd'hui. On peut faire la chasse au gaspillage un moment, mais ça ne suffira pas. Et la croissance du financement ne peut pas s'appuyer sur les dispositifs actuels, qui vont faire exploser les budgets des ménages. Il faut que la Confédération et les cantons s'entendent pour trouver un financement public des prestations au «quatrième âge», au moins sur une génération. Et ce financement doit être national, parce que les cantons ne sont pas égaux devant le vieillissement. Mais il y a tout de même une bonne nouvelle: la courbe démographique du quatrième âge va fortement augmenter avec les baby-boomers puis va redescendre. On est donc sur une problématique de financement d'une génération.

La question des pénuries de soignants complique encore l'équation à résoudre pour le système de santé. Sur ce sujet, une meilleure gouvernance peut-elle aussi apporter des solutions?

L. K.: Je dirais assez simplement que ce que nous n'avons pas voulu régler politiquement et financièrement, en pensant qu'un pays riche comme le nôtre pouvait tout se payer, va finir par s'imposer à nous. À force de ne pas vouloir mettre de limites, c'est la finitude du monde dans lequel nous vivons qui va s'imposer. On peut penser que ce seront les limites de l'environnement; je pense que celles des ressources humaines s'exprimeront en premier. Avec un drame: plutôt que de gérer des priorités, il va falloir gérer la pénurie. Et ça, globalement, ce n'est pas sain. Poussé à l'extrême, cela veut dire que pour bénéficier de soins, il faudra être le plus riche, le plus fort ou l'ami du puissant. C'est un peu un désastre politique que de ne pas reconnaître que nous sommes face à une rareté de ressources

REVUE MÉDICALE SUISSE

économiques, humaines, énergétiques et même peut-être techniques et qu'il faut, pour y faire face, définir des priorités. Pour moi, c'est normalement le rôle du politique. Pour l'instant, nous n'y sommes pas arrivés.

Cette logique de production de soins conduit en plus à une grande souffrance du côté des soignants...

L. K.: La logique actuelle crée un cercle vicieux très insatisfaisant pour les professionnels. Sur une journée, le temps passé par le soignant auprès du patient, c'est-à-dire ce pour quoi il est motivé, il a été formé et engagé et ce dont la société a le plus besoin, est devenu marginal. Parce que ce qu'on demande aujourd'hui en termes de contrôle est devenu démentiel. Le temps passé à alimenter le système de données de facturation et d'information est devenu excessif. D'un point de vue politique, quand on voit le peu de données auxquelles on a accès, on se demande bien pourquoi les soignants passent autant d'heures à « nourrir la machine ». Pour moi, c'est le signe d'un système malade, un système qui panique. Lorsque cela arrive, on multiplie les besoins de justification et de monitoring. Ce qui épuise et démotive les gens et ce qui accélère finalement la pénurie.

Le tableau que vous dépeignez n'est-il pas quand même un peu sombre?

L. K.: Je ne le crois pas. Je pense que si nous ne faisons pas attention, nous risquons de voir des pans entiers du système s'effondrer. Avec des effets collatéraux: une génération sacrifiée et une forme d'anarchie dans l'offre de soins. Pour construire quelque chose de nouveau, il faut une place pour un débat sur ces enjeux. Il faut des organes où se crée le débat éthique pour asseoir ensuite les choix politiques de santé publique et pour définir les priorités et l'allocation de ressources. Sinon, les choix seront forcément démagogiques et créeront des ruptures dans la solidarité et la cohésion nationales. Autrement dit, l'alternative à cette démarche, c'est la loi du plus fort.

Reste inactif n'est pour vous pas une option. Agir est toutefois compliqué tant les intérêts des différents lobbys dans le domaine sont tout à la fois divergents et puissants. Quelles sont vos pistes pour initier une mutation du système?

L. K.: Près de cent milliards de dépenses, soit près de 10 000 francs par habitant chaque année, vous vous rendez compte de ce que cela représente comme intérêts financiers? Un franc sur huit de la richesse produite chaque année dans le pays va dans le système de santé. C'est dire les intérêts qu'il y a là derrière. Et ce ne sont pas de petits acteurs: les pharmas, les cliniques privées et les assureurs.

Il n'y a que les citoyens et les patients qui ne soient pas représentés...

L. K.: Oui: ce sont les grands absents des débats. Il serait pourtant simple d'instaurer un financement pour les associations de patients comme on le fait pour les consommateurs, afin que ces structures ne soient pas moribondes comme aujourd'hui et puissent participer au débat autour des grands enjeux de société et faire part de l'expérience de celles et ceux qui devraient être les premiers bénéficiaires du système.

Autrement dit, impossible de faire évoluer le système sans prendre en compte sa situation actuelle: ses acteurs et lobbys, son fédéralisme et son faible ancrage dans des débats, en particulier?

L. K.: C'est ma conviction en tout cas. Il y a un modèle idéal: une vraie santé populationnelle plutôt qu'une vision de la santé basée uniquement sur les soins et le curatif. Pour cela, il faut une première ligne de soins forte, gratuite, accessible à toutes et tous et surtout ancrée dans les régions pour permettre d'organiser le lien entre la santé et le social. Ce devrait être la base d'un modèle qui devrait aussi faire beaucoup plus de prévention. C'est la tâche des cantons, qui pourraient y investir plus facilement s'ils étaient déchargés des coûts des soins de longue durée. Mais viser ce modèle aujourd'hui est illusoire. Présenté tel quel, il fédérerait les oppositions. C'est pour cette raison que je pense qu'il y a une voie pragmatique sur laquelle il est possible d'avancer. Je vois trois points qui pourraient tous faire l'objet d'une votation populaire. Le premier enjeu, c'est de pouvoir remettre de la gouvernance et des choix démocratiques et politiques. Un débat et une votation sur une caisse publique pourraient nous y aider, car avec une caisse publique

UNE PREMIÈRE
LIGNE DE SOINS
FORTE POUR
PERMETTRE LE
LIEN ENTRE LA
SANTÉ ET LE
SOCIAL

on introduit une logique de financement d'intérêt public, notamment au niveau de la prévention. Un deuxième enjeu est celui d'un débat autour d'un financement plus équitable des prestations. Malgré toutes ses limites et défauts, une initiative sur la prime selon le revenu pourrait nous y amener: avoir une logique plus proche de l'impôt permettrait que l'ensemble soit moins inégalitaire qu'aujourd'hui. Et enfin, il y aurait cette loi de santé qui se rapproche plus de mon idéal; mais elle est plus complexe, car elle pose les enjeux de façon moins binaire que les deux premiers objets; mais elle nous amènerait vers une logique de santé, nous ferait sortir de celle de l'assurance et permettrait de fixer des objectifs de santé publique, de clarifier l'organisation des responsabilités et de déterminer les financements.

Mais comment susciter ces débats et votations?

L. K.: Il me semble qu'il faut y aller par petits pas et par étapes, en gardant les acteurs actuels dans le jeu, sinon on perd à tous les coups. Il s'agit d'être pragmatique, voire même un peu opportuniste, sinon nous n'avons aucune chance de faire bouger les lignes.

Nécessaire déjà avant la crise financière, la réforme du système humanitaire est aujourd'hui indispensable

INTERVIEW DU PR KARL BLANCHET PAR MICHAEL BALAVOINE ET CÉCILE FASEL

Rev Med Suisse 2026; 22: 127-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.946.49367

À l'heure où les crises humanitaires se multiplient et où la solidarité internationale vacille, les frontières entre santé humanitaire et santé globale apparaissent plus floues que jamais. Financements fragmentés, héritages coloniaux, repli des grandes puissances, remise en cause du multilatéralisme: le système international de la santé est à un tournant critique. Dans l'entretien qu'il nous a accordé, Karl Blanchet, Professeur en santé publique humanitaire à la Faculté de médecine de l'Université de Genève et directeur du Centre d'études humanitaires de Genève, analyse les origines de ces tensions, leurs conséquences concrètes sur les systèmes de santé, et esquisse les pistes d'une réforme nécessaire pour repenser l'aide internationale, renforcer les acteurs locaux et préserver les valeurs fondamentales d'humanité et d'impartialité.

Qu'est-ce que la santé globale, qu'est-ce que la santé humanitaire? En quoi diffèrent-elles?

Karl Blanchet (K. B.): En fait, les deux domaines sont distincts dans leur trajectoire historique. La santé globale trouve ses origines dans la médecine tropicale, elle-même issue de la colonisation et de l'essor du commerce international au 19^e siècle. Ce n'est pas un hasard si les grands centres en médecine tropicale se sont développés à Liverpool, Londres, Rotterdam, Bordeaux ou Marseille, anciens pôles majeurs du commerce colonial. L'objectif était alors de comprendre les maladies susceptibles d'être importées ou d'affecter les colons sur place. Par la suite, la santé internationale puis la santé globale ont émergé, lorsqu'on a reconnu que de nombreux problèmes de santé n'étaient pas propres aux régions tropicales, mais liés à la pauvreté et aux fortes inégalités entre le Nord et le Sud. Il s'agissait alors de coordonner l'aide au développement et à la santé, principalement depuis les pays du nord vers ceux du sud. Mais aussi de construire ou reconstruire des systèmes de santé résilients, ou encore de renforcer les capacités des systèmes de santé de manière à ce qu'ils deviennent de plus en plus équitables. Mais la santé globale reste profondément marquée par cet héritage colonial, aujourd'hui légitimement critiqué.

La santé humanitaire, elle, est issue de l'aide médicale dans les zones de conflits, avec la création en 1864 du CICR et, dans les années 1970, de nombreuses ONG comme MSF. Il fallait travailler dans des environnements de crise, dans les zones de conflit ou dans les contextes de déplacements forcés de population. La question est alors celle de la priorisation: en crise aiguë, quelles interventions prioritaires pour sauver des vies en un temps très court?

Sur le terrain, la différence entre santé humanitaire et santé globale est-elle encore pertinente?

K. B.: Non. Dans beaucoup de régions, on voit des allers-retours

constants entre périodes de stabilité, de développement des services de santé, et d'instabilité, de crise aiguë. La frontière qu'il y a aujourd'hui entre humanitaire et développement, donc entre santé humanitaire et santé globale, est maintenue de manière très arbitraire. Elle est principalement imposée par les bailleurs de fonds qui ne sont pas du tout les mêmes pour les deux contextes. Un exemple est l'Union européenne qui a un mécanisme distinct pour les urgences et un autre pour le développement. Parfois, les deux types de financements coexistent dans le même pays, en Afghanistan, par exemple. Mais en fonction du caractère et du contenu du projet, l'Union européenne va utiliser un type de financement plutôt que l'autre.

Il faudrait donc réformer ces modes de financement?

K. B.: C'est évident. Souvent, la fragmentation des financements conduit le système humanitaire, au-delà de son rôle vital de sauver de vies, à fragiliser les systèmes de santé nationaux existants. Le Liban en est un exemple emblématique: les différentes vagues de réfugiés (palestiniens depuis 1948, et syriens depuis 2011) ont contraint le système de santé libanais à s'adapter rapidement. Aujourd'hui, les réfugiés y représentent environ 25% de la population nationale, c'est énorme. Le fonctionnement même du financement humanitaire a abouti à un système de santé profondément éclaté, avec une multitude de dispositifs parallèles: un système géré par l'UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees) pour les réfugiés palestiniens, national pour les Libanais les plus pauvres, un secteur largement privatisé pour les plus riches, et un système soutenu par le HCR pour les réfugiés syriens. Chacun de ces dispositifs dispose de ses propres mécanismes de financement, de niveaux de couverture financière distincts, de règles d'accès spécifiques et de ses propres structures de soins. Dans ce contexte, le ministère de la Santé libanais peine à s'y retrouver, et les standards de qualité de soins se diluent. La situation au Soudan illustre aussi cette fragilisation des systèmes nationaux par l'intervention humanitaire, qui a progressivement marginalisé l'État. Le gouvernement, mis de côté dans les processus de décision, est délégitimé, tandis que les acteurs humanitaires prennent des décisions comme si les autorités nationales n'existaient plus.

Comment faire en sorte que l'aide humanitaire soit mieux articulée avec les structures locales, et ne leur soit pas délétère?

K. B.: Il faut investir davantage sur les acteurs locaux et en même temps imposer aux humanitaires de travailler avec des partenaires nationaux.

Quand j'ai commencé dans l'humanitaire, dans les années huitante, on «parachutait» un hôpital-tente, on faisait venir

tout le monde avec tout l'équipement et puis six mois après, on remballait tout et on repartait. Depuis, la stratégie a beaucoup évolué: MSF ou le CICR, par exemple, travaillent dans des hôpitaux nationaux, avec des partenaires locaux. Quand ils commencent dans un pays, dix ans après, ils y sont encore. L'humanitaire ne se contente plus d'agir lors des guerres, mais travaille de manière plus générale sur la violence. Pour briser le cercle vicieux de la violence, les organisations humanitaires ont bien compris qu'il faut remettre en place des services de base dans les pays. Sinon, il y aura toujours des tensions. Cela rejoint ce que je disais sur la frontière entre santé globale et santé humanitaire, qui dans les faits est une construction intellectuelle. Pour la population, un seul aspect est important: avoir accès aux services de santé pour leur famille.

En 2016, lors du World Humanitarian Summit à Istanbul, le constat était que seuls 2% du financement international allaient à des acteurs locaux. En même temps se confirmait l'importance des acteurs locaux. Notamment à la suite du tsunami de 2004 et le séisme en Haïti en 2010 où l'on s'est aperçu que c'étaient avant tout les acteurs locaux qui ont pu sauver le plus de vies. Mais en 2025, force est de constater que rien n'a changé: c'est toujours 2%! Même le Covid-19, durant lequel la fermeture des frontières exigeait d'investir beaucoup plus sur les acteurs locaux n'a en fait rien changé. Aujourd'hui, avec la crise financière internationale provoquée notamment par le retrait américain, l'humanitaire a deux trajectoires possibles: soit investir davantage sur les acteurs locaux; soit, puisque le gâteau de financement est de plus en plus petit, refuser de le partager et le garder pour lui seul.

À mon avis, il faut imposer aux bailleurs de fonds que 50% des financements internationaux aillent directement aux acteurs locaux. Sinon, rien ne va bouger. On va continuer de voir des internationaux sous-contracter des acteurs locaux, qui vont être confrontés à une insécurité majeure et une prise de risques pour leur personnel.

Aujourd'hui, 50% des crises humanitaires ne sont pas financées. Y a-t-il un problème aussi dans la répartition des financements?

K. B.: Oui. Les financements sont, malheureusement, guidés davantage par la politique que par les besoins réels. J'ai beaucoup travaillé en Afghanistan. Puis la guerre en Ukraine s'est déclenchée, puis la guerre à Gaza, et tout d'un coup, personne n'a plus parlé de l'Afghanistan ou bien encore du Yémen ou du Soudan. Malheureusement, une crise en masque une autre. Les médias ont une mémoire très courte en cette matière, et les bailleurs de fonds aussi. Les Européens investissent évidemment en Ukraine. C'est tout à fait légitime, mais aujourd'hui, l'Ukraine reçoit plus d'argent que Gaza ou que d'autres régions en crise qui ont objectivement davantage de besoins de financement.

Donc il faudrait avoir un financement qui, non seulement, s'articule sur le long terme et le développement, mais aussi qui soit plus objectif, basé sur les besoins réels. Les universités sont bien adaptées pour organiser cette répartition objective, à mon avis. Il s'agirait d'avoir une entité neutre qui récolte et analyse des données objectives et établisse où doit aller l'argent sur la base des besoins réels. Ce sont les idées que l'on développe avec la Lancet Commission on Health, Conflict, and Forced Displacement, dont le rapport sortira en mai 2026.

La «révolution de la Santé globale» aurait commencé, selon certains chercheurs, avec les débuts de l'épidémie de VIH Sida et la chute du mur de Berlin, qui actait la domination américaine au niveau global. Peut-on dire qu'elle a pris fin avec le retrait américain de l'OMS et la fin du programme PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief)? Est-ce la fin de la «santé globale» et des valeurs qui la portaient?

K. B.: Il y a effectivement un repli, une dégradation de la solidarité internationale. Pour moi, l'un des premiers signes de ce repli a été la pandémie de Covid-19. La première mesure que l'on a prise a été de fermer les frontières européennes et de sauter sur les masques et les vaccins. C'était très choquant. Les Européens ont bien consolidé tous leurs stocks et, finalement, les pays africains n'ont eu aucun accès aux vaccins. Là, je me suis dit, ça y est, notre sens de la solidarité internationale, qui est très ancien – et n'est pas simplement une valeur occidentale, mais a ses racines au-delà! – le principe de solidarité internationale s'est effrité.

Ensuite, on a vu la montée des populismes, qui ont un discours antimigrant, très protectionniste et nationaliste. Ces populismes délaissent le principe même d'humanité, qui est très important en santé humanitaire.

Trump, ensuite, arrive en janvier 2025 avec un refus total d'investir à l'international, avec l'arrêt brutal de USAID (Agence des États-Unis pour le développement international) par exemple, qui produit une panique au niveau international. Les financements américains représentaient 30 ou 40% des financements internationaux, et bien plus dans certains secteurs comme le VIH.

Mais cette tendance avait en réalité déjà commencé dans les pays européens. Entre 2023 et 2024, la Suisse a par exemple coupé les fonds pour ONUSIDA.

En 2024-2025, 54% des fonds humanitaires de l'Allemagne ont été supprimés. Aujourd'hui, seuls le Danemark et l'Espagne respectent l'objectif fixé par l'ONU de 0,7% du PIB investi dans l'aide publique au développement. Le Covid-19 et l'Ukraine ont représenté des pics artificiels d'investissement, mais les baisses actuelles sont un repli qui va au-delà d'un retour à la norme.

Il faut absolument revenir aux principes humanitaires: l'humanité et l'impartialité tout d'abord. Aujourd'hui, la législation en Europe empêche un certain nombre de professionnels de santé de donner accès aux soins aux migrants qui n'ont pas de papier. Il faut absolument que les professionnels de santé restent impartiaux et que la valeur d'humanité reste primordiale pour eux.

Le lénacapavir, approuvé cet été par la FDA pour la prévention du VIH (PrEP), a pu être distribué dès le 1^{er} décembre par les États-Unis en Zambie et en Eswatini à la suite d'accords bilatéraux. Assiste-t-on au remplacement du multilatéralisme par un bilatéralisme transactionnel?

K. B.: Trump a annoncé, en décembre 2025, que la priorité allait désormais aux investissements nationaux, via des bilatérales qui vont servir les intérêts américains. C'est exactement tout ce qu'on avait critiqué pendant trois décennies: l'aide internationale comme instrument politique. Trump le fait de manière très ouverte, en disant par exemple: «si vous nous donnez accès à vos ressources, nous vous donnerons des vaccins». C'est exactement là où il ne faut pas aller. Les Européens semblent beaucoup plus sages, beaucoup plus respectueux des

LES FINANCEMENTS SONT, MALHEUREUSEMENT, GUIDÉS DAVANTAGE PAR LA POLITIQUE QUE PAR LES BESOINS RÉELS

pays et des populations, et j'ai l'impression, ou plutôt j'espère, que l'attitude américaine ne va pas entraîner un effet domino.

On s'inquiète beaucoup du retrait financier des États-Unis. Ne devrait-on pas aussi se préoccuper du fait qu'ils coupent le partage de données et les liens académiques?

K. B.: Oui, il y a aujourd'hui un discours antiscience dont les effets sont dévastateurs. Nos collègues américains n'ont plus le droit de collaborer avec des chercheurs asiatiques, européens ou africains ni avec l'OMS, ni même de partager des données. Pour une communauté scientifique intrinsèquement mondiale, c'est une catastrophe, un immense recul. Nos travaux reposent sur des collaborations allant de Bangkok à Baltimore, de Johns Hopkins à des partenaires en Afrique ou en Europe de l'Est. La circulation des savoirs est brutalement entravée.

Face à cette situation, certaines institutions européennes tentent de réagir. À l'Université de Genève, par exemple, la Faculté de médecine a créé des postes pour accueillir des professeurs américains, afin de préserver leurs recherches et leurs équipes.

Ce qui est particulièrement troublant, c'est la concomitance de plusieurs attaques majeures: contre la science, contre l'aide internationale, contre les financements, mais aussi contre certaines populations et certains pays, à travers des discours ouvertement racistes. Nous assistons à un démantèlement de valeurs construites au cours des cinquante dernières années, qu'il s'agisse de droits humains, d'égalité femmes-hommes ou de solidarité internationale. Dans certains contextes, il est désormais interdit de parler de migrants, de genre, de femmes, ou de changement climatique. Des chercheurs américains expliquent devoir modifier leur vocabulaire pour continuer à travailler, par crainte de perdre leurs financements, leurs équipes, voire leur poste.

Vous le disiez, le système de l'aide publique au développement a souvent été accusé de maintenir les pays qui en bénéficiaient dans un état de dépendance, et d'empêcher l'implantation de systèmes de santé durables et résilients sur place. Ce moment de bouleversement de la santé globale est-il l'occasion d'un retour réflexif crucial?

K. B.: Oui. Une réforme profonde de l'humanitaire était déjà nécessaire avant la crise financière; elle l'est aujourd'hui encore davantage. Cette réforme doit se faire de manière constructive, et la crise actuelle représente aussi une opportunité, car elle peut accélérer des changements devenus inévitables. Il n'y a désormais plus d'alternative. À terme, cela devrait bénéficier aux populations, avec des services de meilleure qualité, et aux États, qui auront des interlocuteurs plus solides et mieux financés, notamment dans les crises majeures.

Cette période ouvre aussi un espace pour que l'Europe, en lien avec ses partenaires africains, asiatiques ou moyen-orientaux, réaffirme les valeurs que nous avons collectivement défendues: la solidarité internationale, la science, l'aide aux migrants. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, une majorité de pays continue à vouloir porter ces principes. À court terme, nous traversons une crise brutale, presque un tsunami, qui va mettre à l'épreuve la résilience de nos systèmes. Mais sur le long terme, je ne suis pas pessimiste.

Cela suppose aussi du courage et de la clarté. Nos collègues américains font preuve d'un courage remarquable dans un contexte très contraignant. Les Européens n'ont aucune raison

de ne pas être tout aussi explicites et déterminés à protéger la science, la solidarité et le multilatéralisme. Des institutions comme l'Université de Genève assument clairement les valeurs qu'elles défendent, et c'est précisément ce qui donne envie de s'y engager.

Des initiatives internationales de santé publique, notamment en Afrique, mettent l'accent sur l'autosuffisance plutôt que sur la dépendance aux systèmes occidentaux: est-ce qu'il faudrait voir la fin de l'hégémonie des États-Unis comme une opportunité pour d'autres acteurs d'émerger? Ou bien au contraire, la diplomatie transactionnelle va-t-elle désavantager encore davantage ces acteurs?

K. B.: De nombreux pays, notamment en Afrique et au Moyen-Orient, voient dans ce moment une occasion de s'engager davantage sur ces valeurs. Dans mon travail avec le Liban, la Jordanie ou le Qatar, je perçois cette dynamique très clairement. Je pense que nous en sortirons avec un système humanitaire plus efficace, plus efficace, et plus ambitieux.

Et quand on voyage dans les pays, on constate un très grand dynamisme en Asie du Sud-Est, au Moyen-Orient, et dans certains pays d'Afrique. Le centre de gravité du monde commence à changer. Je pense que le siège des Nations Unies devrait quitter New York pour s'installer à Doha ou Kigali, par exemple. Avec Genève qui reste un centre essentiel du multilatéralisme.

On parle souvent de crises et de réformes nécessaires pour nos systèmes de santé occidentaux. Quelles leçons peut-on tirer de la santé humanitaire et globale?

K. B.: La transformation du système de santé suisse est inévitable. Pas à cause d'une crise brutale. Plutôt en raison de tendances de fond: le vieillissement de la population, l'augmentation continue des coûts de santé, et la pression qui en découle. Il n'y a pas d'autre choix que de réformer, et on observe une recherche d'efficacité à tous les niveaux.

Le problème, c'est que cette course à l'efficacité génère aussi beaucoup de stress, d'anxiété et de burnout chez des professionnels déjà épuisés. Surtout, elle nous fait perdre de vue un autre élément essentiel: la résilience des systèmes de santé, c'est-à-dire leur capacité à répondre à un choc et à rebondir, par exemple face à une nouvelle pandémie. La Suisse n'est pas un cas isolé: tous les pays voisins sont engagés dans la même course à l'efficacité. Le risque, c'est que le jour où une crise aiguë surviendra, nous ne soyons plus capables de répondre, et que cela devienne une véritable catastrophe.

Il y a un problème de priorisation. Le système de santé suisse, ou plutôt les systèmes de santé en Suisse, est essentiellement curatif. La prévention et la santé publique sont négligées. Et c'est intéressant, parce que quand on travaille dans des systèmes sous-financés, c'est exactement sur ces domaines qu'il faut investir. Lorsqu'on manque de personnel, et que les centres de santé ou les hôpitaux fonctionnent à bloc ou sont en surchauffe, la seule solution est d'investir sur la vaccination, la prévention, et toutes les interventions populationnelles.

LA PRÉVENTION
ET LA SANTÉ
PUBLIQUE SONT
NÉGLIGÉES

Leadership féminin: un style bisounours assumé?

Le monde de la santé, en Suisse comme ailleurs, évolue à un rythme soutenu, sous la pression de défis majeurs: raréfaction des ressources, changements démographiques, explosion des maladies chroniques, digitalisation des soins. Dans ce contexte, la question de savoir par qui et comment sont dirigées nos institutions devient centrale. Depuis une dizaine d'années, de nombreuses études et rapports soulignent la nécessité, d'une représentation accrue des femmes dans les instances de gouvernance en santé.¹ Mais à cette idée s'attache parfois un préjugé persistant: le leadership féminin serait une forme «adoucie» d'autorité, caricaturée en style *bisounours*, en référence à une naïveté supposée, trop conciliante pour affronter les dures réalités du système de santé. N'est-ce pas pourtant ce «soft power» au féminin qui réinvente aujourd'hui la manière de diriger?

Si les femmes représentent désormais plus de 60% des étudiant·es en médecine en Suisse, elles ne sont encore qu'une minorité dans les postes de direction hospitalière, de chefferie de service ou de doyenne de faculté. Un rapport de l'OMS souligne qu'alors que les femmes constituent 70% de la force de travail en santé, elles occupent moins de 25% des positions dirigeantes.²

Traditionnellement, le leadership en médecine s'est construit sur une logique hiérarchique forte: verticalité des décisions, autorité incontestable, efficacité immédiate d'un ordre exécuté. Ces ressorts restent nécessaires dans des situations d'urgence ou de crise sanitaire. La gouvernance quotidienne d'une institution de santé exige néanmoins autre chose, à savoir la capacité à fédérer, à mobiliser sur la durée, à entendre les voix divergentes. C'est ici que le style de leadership souvent associé aux femmes: écoute, coopération, valorisation de la diversité, prend tout son sens.

Les chercheurs en sciences du management parlent volontiers de «transformational leadership»: un style qui inspire,

qui libère le potentiel des équipes, plutôt que de «transactional leadership» basé sur la récompense et la sanction. Or, les études montrent que les femmes sont perçues, et se perçoivent elles-mêmes, comme plus enclines à ce leadership transformationnel sans pour autant être dénuées de fermeté.³

Dans un monde polarisé, l'expression «soft power», popularisée par Joseph Nye,⁴ renvoie à la capacité d'influencer sans contrainte, par la persuasion, la diplomatie, l'exemple. «Ce pouvoir doux» s'incarne dans la manière de conduire les équipes vers un objectif commun, en privilégiant la qualité de la relation à l'autorité brute.

UN STYLE QUI
INSPIRE, MOTIVE
ET LIBÈRE LE
POTENTIEL,
PLUTÔT QUE
BASÉ SUR LA
RÉCOMPENSE ET
LA SANCTION

Qualifier ce style de «bisounours» trahit un biais de genre persistant: tout ce qui s'écarte du paradigme traditionnel masculin de la décision autoritaire est suspecté d'être trop tendre, donc inefficace mais la recherche empirique nuance nettement ce jugement. Le leadership transformationnel est non seulement plus satisfaisant pour les collaborateurs, mais aussi plus efficace pour la performance collective.⁵ Autrement dit, la force d'une dirigeante ne se mesure pas en décibels mais en alignement durable entre vision et action.

Assumer ce regard «plus doux» sur le management ne relève pas d'une faiblesse mais d'une stratégie. Dans un système complexe comme celui de la santé suisse, multilingue, intercantonal, pluraliste dans ses acteurs, la gouvernance autoritaire trouve vite ses limites. Le dialogue, l'art du compromis, le souci de placer l'intérêt collectif avant le prestige individuel ne sont pas des traits d'angélisme mais des exigences structurelles.

On pourrait alors parler d'une *naïveté stratégique* assumée: croire obstinément à la valeur de l'écoute et de la coopération, non parce qu'on ignore la dureté des rapports de force mais parce qu'on choisit de ne pas leur céder le monopole de l'efficacité.

Faut-il pour autant essentialiser le leadership féminin? Certainement pas. Les

styles de gouvernance ne se réduisent ni au sexe ni au genre. Des hommes adoptent aussi un leadership transformationnel et des femmes peuvent diriger avec autoritarisme. L'enjeu n'est pas d'opposer le féminin au masculin mais de favoriser une complémentarité. La mixité dans les équipes de direction améliorerait significativement l'innovation et la performance organisationnelle.

Finalement le leadership féminin en santé, bisounours? Oui, si l'on veut désigner par là un leadership attentif, coopératif, fondé sur la confiance et la responsabilité partagée mais non si l'on continue à entendre par «bisounours» l'idée de faiblesse, d'infantilisation ou d'inefficacité, car ce style s'avère, dans les faits, terriblement efficace pour faire tenir debout des institutions médicales parmi les plus complexes du monde.

À l'heure où les crises sanitaires globales, climatiques et sociales ne cessent de rappeler l'interdépendance de nos systèmes, assumer ce soft power au féminin n'est pas une concession mais tout simplement un impératif de survie collective!

1 Carnes M, Morrissey C, Geller SE. Women's health and women's leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling? J Womens Health. 2008 Nov;17(9):1453-62. DOI: 10.1089/jwh.2007.0688.

2 World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Genève: WHO; 2019.

3 Eagly AH, Johannesen-Schmidt MC, van Engen ML. Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: a meta-analysis comparing women and men. Psychol Bull. 2003;129(4):569-91. DOI: 10.1037/0033-2909.129.4.569.

4 Pelopidas B, Nye JS. Soft power, the means to success in world politics. New York: Public Affairs, 2004, p. 191. Les Champs de Mars, 16(2), II-II. <https://doi.org/10.3917/lcdm1.016.0205b>.

5 Eagly AH, Johannesen-Schmidt MC. The leadership styles of women and men. J Soc Issues. 2001;57(4):781-97. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00241>

DRE SANAE MAZOURI

Corédactrice en chef de la Revue Médicale Suisse
sanae.mazouri@revmed.ch

Pour faire face à la pénurie, Fribourg mise sur le Master et un cursus postgrade

INTERVIEW DE LA DRE ANOUK OSIEK MARMIER ET DU PR PIERRE-YVES RODONDI PAR MICHAEL BALAVOINE

Rev Med Suisse 2026; 22: 95-7 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.946.49370

Le sujet n'est pas nouveau, mais devient toujours plus préoccupant. La Suisse ne forme pas assez de médecins. Selon les dernières statistiques de la FMH, plus de 40% des professionnels exerçant dans le pays ont été formés à l'étranger. À Fribourg, la démographie médicale est particulièrement inquiétante. Avec un médecin de famille pour 2000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale, le canton possède l'une des densités médicales les plus faibles du pays. Comment y remédier? Pour Anouk Osiek Marmier, Présidente de la Société médicale du canton de Fribourg, et Pierre-Yves Rodondi, directeur de l'Institut de médecine de famille de l'Université de Fribourg, une des solutions pourrait être la mise en place d'un cursus postgrade qui renforce l'assistanat au cabinet et prévoit des formations spécifiques à l'exercice de la médecine de famille. Débutant en 2026, ce cursus permettra aux étudiants du Master, qui existe depuis maintenant sept ans, de continuer leur parcours postgradué dans le canton. Une chose est sûre: face à la difficulté qu'il y a à former et motiver les médecins de famille, Fribourg est devenu un canton à la fois innovant et pragmatique, testant des solutions qui pourraient en inspirer d'autres.

À l'image de nombreux autres cantons, Fribourg fait face à un problème de démographie médicale. Quelle est la situation dans votre région?

Anouk Osiek Marmier (A. O. M.): C'est assez simple: nous sommes l'un des cantons qui connaissent non seulement la plus grande pénurie de spécialistes en médecine interne générale, mais aussi une pénurie similaire pour pratiquement toutes les autres spécialités, à l'exception des radiologues qui est l'unique spécialité pour laquelle une limitation du droit de pratique a été appliquée. C'est dire à quel point nous sommes sous-dotés. Pour la médecine de famille, nous venons de quitter la dernière place du classement.

Comment l'expliquer?

A. O. M.: Il y a plusieurs raisons. Il faut notamment relever que le lieu où la personne a vécu avant, puis durant ses études et également après, joue un grand rôle dans le choix de sa future installation. Avant que l'Université ne propose le Master, les jeunes médecins entamaient leur formation à Fribourg puis ils partaient finir leurs études dans un autre canton, et y étaient facilement attirés pour leur formation postgradué. Je pense que cela explique en grande partie la situation actuelle.

Pierre-Yves Rodondi (P.-Y. R.): Le contexte politique est lui aussi important. À la différence d'aujourd'hui, les politiques mises en place à Fribourg ont longtemps manqué d'ambition. Dans les cantons de Berne et de Vaud, par exemple, d'importants

moyens ont été mis en œuvre pour favoriser la médecine de famille, ce qui a permis de limiter les pénuries. À Fribourg, le problème de la formation des médecins et de leur installation n'est devenu une priorité du monde politique que tardivement et cela a eu un prix en termes d'attractivité.

Pourtant, Fribourg est plutôt bien placé géographiquement?

A. O. M.: Bien sûr, et c'est un lieu de vie agréable. Et en plus très soutenant pour la pratique médicale. Nous sommes environ 700 médecins installés et nous nous connaissons très bien. Il est facile de se créer un réseau. Et il y a une réelle proximité avec l'Hôpital fribourgeois et l'Université. En plus de rendre le travail passionnant, cette proximité crée une dynamique, avec l'envie de réaliser ensemble des projets. Un exemple récent est la création de la Permanence médicale de Fribourg. La Société médicale et deux cliniques privées se sont alliées pour la mettre sur pied. Puis le canton s'est rallié au projet, en y finançant une place de formation postgradué et d'autre développement sont prévus. Cette alliance public-privé permet d'innover tout en assurant une partie de service public. Je pense que c'est la bonne entente des différents acteurs qui a rendu possible la création de ce lieu de soin et de formation.

La mise en place du Master à Fribourg a changé la donne dans le canton. Quel bilan peut-on en tirer après sept ans d'existence?

P.-Y. R.: Nous pouvons déjà confirmer que le cursus fonctionne bien, ce qui n'était pas gagné d'emblée. Les étudiants réussissent très bien leurs examens finaux alors qu'ils n'ont pas eu de note tout au long de leur cursus, et ont passé 58 jours dans des cabinets de médecine de famille. Cette exposition à la pratique médicale permet de s'assurer que même un médecin qui travaillera toute sa vie à l'hôpital connaîtra la problématique du cabinet, ce qui me semble fondamental. Cela ne veut pas dire que tous les cursus de Master devraient suivre le même exemple. Il me semble important que la Suisse garde de la diversité dans son offre de formation. L'immersion que nous proposons convient à certains étudiants. Pour d'autres, des cursus plus classiques basés sur des cours s'avèrent plus adaptés. Il faut que ces possibilités différentes subsistent.

À l'origine de ce Master, il y a une volonté politique forte, celle de former des médecins de famille qui s'installeraient dans le canton. Avez-vous déjà pu constater que la démarche fonctionnait?

P.-Y. R.: C'est trop tôt pour le dire, car le cursus n'a que sept ans. Les étudiants sont encore en formation. Les premières données suggèrent cependant que, par rapport aux autres universités, dans la nôtre, dix pour cent de plus d'étudiants

12 mois 12 actions pour plus d'équité dans les soins de santé

Dre DÉBORAH LIDSKY-HAZIZA, Dre MELISSA DOMINICÉ DAO, Dr SYLVAIN DE LUCIA, Pre CAROLE CLAIR,
Pr PATRICK BODENMANN, Dre SARA ARSEVER, Pr YVES JACKSON et Dre MAGDA SCHELLONGOVA

Rev Med Suisse 2026; 22: 215-6 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.947.48324

Le récent rapport de l'OBSAN sur les iniquités en matière de santé en Suisse met en évidence l'importance de certaines caractéristiques sociales sur les indicateurs de santé. Il identifie certains groupes de personnes comme étant particulièrement touchés par ces iniquités en santé, par exemple les personnes avec un faible niveau de formation, celles issues de la migration ou encore de la diversité de genre. Bien que ces iniquités soient multifactorielles, les comportements et les actions des professionnel·les de santé participent également à leur existence et à leur maintien, à travers plusieurs mécanismes.

Malgré leur engagement, les professionnel·les de santé possèdent les mêmes biais que la population générale.¹ Les biais cognitifs, profondément ancrés dans les mécanismes universels de catégorisation humaine, orientent la perception, influencent les jugements et modèlent les comportements de manière souvent inconsciente.² Ces processus automatiques favorisent la formation de préjugés et stéréotypes à l'égard de groupes spécifiques et peuvent se transformer en discriminations tangibles, notamment dans les soins.³ La stigmatisation, qu'elle soit explicite ou implicite, demeure un déterminant central des inégalités et iniquités de santé.⁴

Le contexte politique et économique exacerbe ces dynamiques. Les systèmes de santé subissent des pressions financières et idéologiques croissantes et des coupes budgétaires affaiblissent la prévention et la santé. En 2025, dans le cadre de mesures d'économies, l'OFSP a fermé sa section «égalité des chances», abandonnant par là des tâches importantes pour la promotion de l'équité en santé. De surcroît, certains discours politiques décomplexés, repris par les médias et le public, désignent certaines populations comme «problématiques», renforçant leur marginalisation et rendant invisibles leurs besoins spécifiques, perpétuant ainsi les inégalités structurelles.

Ces phénomènes sont bien documentés pour de nombreuses populations.

Selon l'OFS en Suisse en 2022, près des 10% des actes de discrimination raciale se sont déroulés dans le domaine de la santé. Toujours en Suisse, 27% des personnes LGBTQIA+ déclarent avoir vécu de la discrimination ou des violences dues à leur orientation sexuelle et/ou à leur identité de genre dans le domaine des soins de santé.⁵ Ces incidents ont un impact négatif sur le bien-être des personnes concernées, sur leur santé mentale et physique et sur leur volonté de consulter.

Le fait même d'être porteur·euse de certaines maladies peut mettre à risque de stigmatisation. C'est le cas pour les personnes vivant avec une obésité, un handicap ou un problème de santé mentale, pour ne citer que ceux-là. Cette stigmatisation, lorsqu'elle est exercée par des professionnel·les de santé, représente un obstacle majeur à l'accès et l'adhésion aux soins. Elle peut parfois s'accompagner de jugements moraux et de discours culpabilisants, par exemple, auprès des personnes dépendantes de substances ou vivant avec le VIH.

Dans les milieux médico-soignants, les équipes évoluent sous forte charge de travail, de temps et de contraintes institutionnelles. Ces conditions peuvent exacerber le préjugement et la catégorisation, qui reproduisent alors les représentations sociales dominantes. Ramené·es à un statut minoritaire ou confronté·es aux biais et aux stéréotypes des professionnel·les de santé, les patient·es peuvent ressentir honte, culpabilité et sentiment d'indignité, ou voir s'exacerber leur stress minoritaire et leur auto-stigma, conduisant à retarder le recours aux soins, voire y renoncer. Les personnes concernées sont nombreuses et la liste non exhaustive comprend les personnes des diversités ethniques, religieuses, de genre et sexuelles, atteintes de maladies mentales, consommant des substances psychoactives, en précarité, atteintes de surdité, en situation de handicap, vivant avec une obésité ou encore une faible littératie en santé. Certaines personnes cumulent ces risques via le phéno-

mène d'intersectionnalité, par leur appartenance à plusieurs de ces groupes. Les professionnel·les eux-mêmes peuvent également être concerné·es et subir des attitudes négatives ou des discriminations au travail, impactant leur bien-être et la qualité des soins.

12 MOIS 12 ACTIONS

Afin de soutenir et favoriser l'équité dans les soins de santé, nous inaugurons une nouvelle initiative «12 mois, 12 actions» (figure 1), sur le même mode que nos collègues en 2024 autour de la santé et de l'environnement, ou en 2025 pour une médecine efficiente et durable. Une fois par mois, nous proposerons un support pédagogique destiné aux professionnel·les de santé, présentant des outils simples et concrets afin d'offrir des soins de qualité à des groupes de personnes à risque de vulnérabilité en santé.

FIG 1

Pour plus d'équité dans les soins de santé



REVUE MÉDICALE SUISSE

Pour prodiguer des soins inclusifs et équitables, les professionnel·les doivent être sensibilisé·es aux besoins spécifiques de la diversité des personnes soignées et aux biais implicites courants associés à ces diversités. Développer sa réflexivité, en reconnaissant ses propres représentations et en mesurant leur l'impact, constitue un outil essentiel dans sa pratique professionnelle. L'usage d'un langage scientifique, précis et respectueux, conforme aux classifications internationales et adapté aux préférences des individus, est également un levier central. L'utilisation d'un vocabulaire non stigmatisant améliore la perception, le jugement clinique et les décisions thérapeutiques.⁶ Ces exigences éthiques contribuent à diminuer la stigmatisation et à replacer l'individu au centre de la relation de soins. Chaque professionnel·le a le pouvoir de transformer la consultation en un lieu empreint de sécurité et de respect pour toutes les personnes soignées, et par là de contribuer à la qualité des soins et à la réduction des iniquités.

Mais la lutte contre la stigmatisation ne peut reposer uniquement sur les individus: elle nécessite des politiques publiques robustes, une volonté institutionnelle affirmée et une mobilisation interdisciplinaire. La posture bienveillante au sein des équipes

est primordiale. La mise en place d'ateliers institutionnels sur l'équité et l'inclusion est un levier concret permettant d'améliorer les pratiques. Garantir un accès équitable aux soins, réduire les inégalités et renforcer la confiance dans les institutions constitue un enjeu central de santé publique. L'engagement collectif, fondé sur l'éthique et les données probantes, est indispensable pour construire un système de santé véritablement inclusif, accessible et respectueux de la dignité de toutes et tous.

- 1 FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017 Mar 1;18(1):19.
- 2 Amy M, Dias Mateus S, Dominicé-Dao M, De Lucia S. Biais dans la consultation: quels outils pour le·la clinicien·ne? *Rev Med Suisse*. 2021 Sept 29;752(17):1649-53. DOI: 10.53738/REVMED.2021.17.752.1649.
- 3 Zestcott CA, Blair IV, Stone J. Examining the presence, consequences, and reduction of implicit bias in health care: A narrative review. *Group Process Intergroup Relat*. 2016 Jul;19(4):528-42.
- 4 Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001 Aug;27(1):363-85.
- 5 Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M. La santé des personnes LGBT en Suisse [En ligne]. Hochschule Luzern Soziale Arbeit. 2022. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/eNzetQwqMNB/hslu-bericht-zur-gesundheit-von-lgbt-personen.pdf.
- 6 Goddu AP, O'Connor KJ, Lanzkron S, et al. Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. *J Gen Intern Med*. 2018 May;33(5):685-91.

DRE DÉBORAH LIDSKY, DRE MELISSA DOMINICÉ DAO, DR SYLVAIN DE LUCIA, DRE SARA ARSEVER, PR YVES JACKSON ET DRE MAGDA SCHELLONGOVA

Service de médecine de premier recours
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14

PRE CAROLE CLAIR

Département des policliniques
Unisanté
1011 Lausanne

PR PATRICK BODENMANN

Département vulnérabilités et médecine sociale
Unisanté
1011 Lausanne

Testez vos biais:



12 MOIS 12 ACTIONS POUR PLUS D'ÉQUITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ

01 GROSSOPHOBIE: LUTTER CONTRE NOS PRÉJUGÉS

L'obésité est une maladie multifactorielle fréquente, comprenant des aspects biologiques, psychologiques, sociaux et économiques. Les personnes en situation d'obésité sont la cible de préjugés, stéréotypes et de discrimination, notamment dans le milieu médical.¹⁻⁴

Ces derniers altèrent la qualité des soins, pouvant induire un renoncement à consulter. Ils sont le signe d'une incompréhension de l'obésité par les professionnel-le-x-s de santé et de la frustration ressentie dans la prise en charge. De plus, les patient-e-x-s peuvent se sentir responsables et ainsi se désinvestir de leur traitement.

DÉFINITIONS⁵

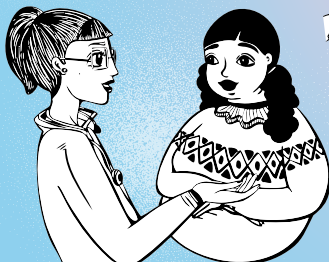
Surpoids : indice de masse corporelle (IMC, soit poids en kilogrammes (kg) divisé par la taille en mètres (m) au carré) entre 25 et 29,9 kg/m².

Obésité : excès de masse grasse qui est évalué au travers d'un IMC supérieur à 30 kg/m². Depuis 2025, cette définition doit intégrer la présence de répercussions cliniques et/ou métaboliques (douleurs articulaires, complications cardiovasculaires, dyslipidémie, syndrome d'apnées du sommeil, certains cancers).

Grossophobie : ensemble d'attitudes négatives, utilisation d'un vocabulaire stigmatisant et/ou pratiques discriminatoires envers les personnes en situation d'obésité.

CE QUE LES PATIENT-E-X-S EN DISENT :

+ Propos vécu positivement :



« Vous êtes malade. Cette maladie s'appelle 'obésité'. Avec votre accord, nous allons ensemble vous soigner et vous aider à retrouver la santé. »

- Propos vécu négativement :



« Madame, vous êtes grasse, beaucoup trop grasse. Perdez du poids et revenez me voir. »

RECOMMANDATIONS POUR LES CLINICIEN-NE-X-S⁶⁻⁷

- Adapter les structures et le matériel (lit d'examen, blouses, brassards, etc)
- Proposer un accès facilité (ascenseur)
- Obtenir l'autorisation avant d'aborder la question du poids et accepter un refus
- Utiliser un vocabulaire respectueux et non stigmatisant
- Évoquer l'autostigmatisation avec les patient-e-x-s
- Ne pas attribuer d'emblée tous les symptômes à l'obésité
- Définir en partenariat des objectifs dépassant le seul enjeu du poids
- Prendre en compte les causes individuelles et sociétales de l'obésité
- Utiliser une classification numérique de l'obésité plutôt que les termes 'morbide' ou 'super obésité'
- Défendre le droit à un traitement de durée adaptée aux besoins

QUELQUES CHIFFRES⁵

20%

de personnes en situation d'obésité renonceraient à des soins qu'elles estiment nécessaires de peur d'être méjugées pour leur poids.

2 à 4x plus

de retards de diagnostic d'hypertension artérielle et de diabète chez les personnes en situation d'obésité.

2x moins

de dépistages du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation d'obésité.

RÉFÉRENCES



1. Lawrence, B. J., Kerr, D., Pollard, C. M., Theophilus, M., Alexander, E., Haywood, D. & O'Connor, M. (2022). Weight bias among health care professionals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 29(1), 1802-1812.

2. Frush SM, Williams RJ, Hauff C, Williams SG, Hall HR. Weight Bias and Stigma: Impact on Health. *Nurs Clin North Am*. 2021 Dec;56(4):479-493. doi: 10.1016/j.cnur.2021.07.001. PMID: 34746889; PMCID: PMC8241854.

3. Bannuru RR, Professional Practice Committee. Weight stigma and bias: standards of care in overweight and obesity-2025. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2025 May 16;3(Suppl 1):e004962. doi: 10.1136/bmjfr-2025-004962. PMID: 40379435.

4. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015 Apr;16(4):319-26. doi: 10.1111/obr.12266. Epub 2015 Mar 5. PMID: 2572755; PMCID: PMC4381543.

5. RUBINO, Francesco, CUMMINGS, David E., ECKEL, Robert H., et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2025; vol. 13, no 3, p. 221-262.

6. Le groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids. GRO2S. Site internet : <https://www.gros.org/>

7. Dominique Durrer, Yves Schutz and Zoltan Pataky. How to resolve internalised stigmatisation through therapeutic patient education? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 16 2 (2024) 20902 Published online: 27 February 2025 DOI: 10.1051/ptp/2024025

En partenariat avec :

REVUE MÉDICALE SUISSE

planète santé

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

unisanté



Articles publiés
sous la direction de

IDRIS GUESSOUS

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

CAROLE CLAIR

Département des
polycliniques
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique (Unisanté)
Lausanne

Bibliographie

1
—
Perrier A, Cornuz J,
Gaspoz JM, Pécoud A,
Waeber G. L'union fait la
force ! Rev Med Suisse.
2008;4:259.

2
—
Waeber G, Cornuz J,
Pécoud A, Gaspoz JM,
Perrier A. Relève en
médecine interne
générale: le chaos? Rev
Med Suisse.
2009;188:227-8.

3
—
Gaspoz JM, Cornuz J,
Pécoud A, Perrier A,
Waeber G. «L'union fait
la force !» deux ans plus
tard. Rev Med Suisse
2010;234:219-20.

Médecine interne générale: héritages, transmissions et engagements renouvelés

Pr IDRIS GUESSOUS, Pre CAROLE CLAIR, Pr JEAN-LUC RENY et Pr PETER VOLLENWEIDER

Rev Med Suisse 2026; 22: 187-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.947.48270

Il y a plus de quinze ans, un éditorial ouvrait courageusement un chemin: «L'union fait la force»¹. Plus tard était publié «Relève en médecine interne générale: le chaos?»², puis «L'union fait la force – deux ans plus tard»³. «Médecine interne générale et médecine générale: quatre ans plus tard»⁴, et «Le généralisme: un besoin, un défi... l'avenir»⁵. Ces titres, aujourd'hui familiers à toutes celles et ceux qui ont fait de la médecine interne générale un engagement, racontent en réalité une seule et même histoire: celle d'un mouvement porté par des collègues qui ont refusé le *statu quo*, privilégié le courage et placé l'humain au centre du système de santé.

Cette histoire, ce sont notamment Jacques Cornuz, Jean-Michel Gaspoz, Gérard Waeber et Arnaud Perrier qui l'ont écrite, année après année, éditorial après éditorial, avec une constance rare: défendre une médecine globale, responsable, scientifique, humaine, à la fois hospitalière et ambulatoire, transversale et ancrée dans le réel.

À travers ces éditoriaux, des lignes de force se dessinent avec clarté: la conviction que le généralisme est un pilier, non une nostalgie; l'exigence d'une formation solide, académique, ancrée dans les universités et non abandonnée au compagnonnage improvisé; la lucidité face aux pénuries annoncées, aux incohérences structurelles et aux cloisonnements stériles; la volonté de s'engager dans une vision commune, en affirmant haut et fort qu'un système de santé fragmenté ne servira ni les patientes et patients ni les soignants et soignants; et surtout, la certitude que la médecine interne générale n'est ni une discipline du passé ni un titre par défaut,

mais une réponse indispensable aux défis de la polymorbidité, de la complexité clinique, de l'équité sociale et de la durabilité du système de santé.

Leur plume et leur courage institutionnel ont permis d'ancrer durablement l'idée que le généralisme était l'avenir. Et ils avaient raison.

Les auteurs de cet éditorial ont ressenti qu'il était nécessaire de remercier ces figures – certainement pas pour tourner la page, car l'esprit qu'ils ont insufflé ne s'éteint pas: il se transmet.

Parce que la transition générationnelle s'effectue inlassablement, d'autres reprennent le flambeau avec la même exigence et, nous l'espérons, la même humilité. Notre mission est claire: maintenir ce cap du généralisme,

l'amplifier, le réinscrire dans les enjeux contemporains. Nous continuerons à défendre une médecine interne générale forte, visible, attractive. Nous continuerons à offrir une formation exigeante, ancrée dans des objectifs clairs et des compétences définies. Nous continuerons à viser une coordination exemplaire entre «l'hôpital» et «la ville». Nous continuerons à proposer une recherche ambitieuse, capable d'éclairer la complexité plutôt que de la contourner. Enfin, nous œuvrerons pour être au plus haut niveau de collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.

Les enjeux de 2025 ressemblent à ceux de 2008 – certains diront qu'ils sont encore plus complexes. La polymorbidité n'est plus l'exception: elle est la norme. Les réseaux de soins ne sont plus une projection: ils sont



Articles publiés
sous la direction de

JEAN-LUC RENY

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

**PETER
VOLLENWEIDER**

Service de médecine
interne
Département de
médecine
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

Bibliographie

4
—
Gaspoz JM, Perrier A,
Cornuz J, Waeber G.
Médecine interne
générale et médecine
générale: quatre ans
plus tard. Rev Med
Suisse. 2012;326:251-2.

5
—
Héritier F, Perrier A,
Gaspoz JM, Waeber G,
Cornuz J. Le
généralisme: un besoin,
un défi... l'avenir. Rev
Med Suisse,
2014;414:147.

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

indispensables. La pénurie de médecins n'est plus un risque: elle est une réalité. L'hyper-spécialisation n'est plus une tendance: elle est devenue une force centrifuge qui menace l'unité du soin. Et la médecine interne générale n'a jamais été aussi nécessaire.

À l'heure où l'intelligence artificielle s'invite en médecine, où les patientes et les patients vivent plus longtemps, avec plus de pathologies et plus d'attentes, où l'hôpital ne peut plus être le centre gravitationnel unique du système, le message de nos aînés résonne avec une acuité renouvelée.

Le généralisme n'est pas une option, c'est une condition de survie pour notre système de santé.

En rendant hommage aux Prs Cornuz, Gaspoz, Waeber et Perrier, nous ne célébrons pas seulement ce qu'ils ont accompli, nous affirmons que ce qu'ils ont construit nous oblige. À faire mieux. À aller plus loin. À rester ensemble.

L'union fait toujours la force. Elle l'a fait hier. Elle le fera demain. Et nous serons nombreux à continuer de la faire vivre.

188

WWW.REVMED.CH
28 janvier 2026



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

conflAnce: le chatbot d'informations en médecine de premier recours

Dre MAYSSAM NEHME^{a,b}, FRANCK SCHNEIDER^c, FRÉDÉRIQUE TISSANDIER^c et Pr IDRIS GUESSOUS^{a,b}

Rev Med Suisse 2026; 22: 199-203 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.947.48268

La médecine de premier recours est confrontée à une période de surcharge croissante, ce qui limite l'accès à des soins de qualité et à l'information médicale. Le projet *conflAnce*, développé par le Service de médecine de premier recours (SMPR) des HUG, propose un chatbot fournissant des informations générales sur les maladies chroniques courantes. Basé sur les stratégies du SMPR, ce chatbot fournit des informations médicales aux patients et est disponible 24 heures sur 24. Il intègre des systèmes de contrôle rigoureux (matching, groundedness, harmfulness, tests automatiques, routage sémantique) pour garantir la sécurité. Testé depuis février 2025, le chatbot a déjà répondu à plus de 11 000 questions. *conflAnce* soutient les patients et médecins en améliorant l'accès à l'information et la qualité des consultations, sans pour autant remplacer la relation médecin-patient.

conflAnce: the chatbot for primary care medicine

Primary care medicine is under increasing strain, which limits access to both quality of care and medical information. The *conflAnce* project, developed by the Division of Primary Care Medicine (SMPR) at Geneva University Hospitals, offers a chatbot providing general information on common chronic diseases. Based on the SMPR strategies (documents), the chatbot delivers medical information to patients and is accessible 24/7. It includes rigorous control systems (matching, groundedness, harmfulness, automated testing, semantic routing) to ensure safety. Tested since February 2025, the chatbot has already answered over 11,000 questions. *conflAnce* supports both patients and physicians by improving access to information and consultation quality, without replacing the doctor-patient relationship.

INTRODUCTION

La médecine de premier recours, qui est essentielle au bon fonctionnement du système de santé,¹ fait face à une pénurie croissante, même dans les zones urbaines.^{2,3} Cette situation limite l'accès des patients à leur médecin traitant, les poussant à rechercher des réponses sur internet, qui sont souvent erronées ou dangereuses. Cette démarche réduit également la qualité des soins. Les médecins, qui sont confrontés à des consultations chronométrées, à des cas de plus en plus complexes et à une surcharge administrative, éprouvent une frustration grandissante qui nuit à leur capacité à fournir des soins de qualité, entraînant un désengagement de leur part.^{4,5} En parallèle, la médecine cherche à renforcer l'empowerment

des patients, pour qu'ils deviennent davantage responsables de leur santé et de leur bien-être, avec un accompagnement de la part des professionnels et une approche d'éducation thérapeutique. La notion de *just-in-time* illustre l'importance de donner le bon conseil au bon moment pour obtenir de meilleurs résultats en matière de changement de comportement.⁶

La recherche de solutions innovantes, notamment l'intégration de l'intelligence artificielle (IA), est devenue cruciale. Ces technologies pourraient favoriser une prise en charge plus efficace des maladies chroniques et libérer du temps médical précieux, ce qui améliorera possiblement la qualité globale des soins. Parmi les éléments d'accompagnement dans le parcours de santé, l'accès à l'information médicale est un point clé. L'IA générative et les chatbots s'introduisent aujourd'hui dans tous les aspects de la vie quotidienne pour assister les personnes, en particulier pour la recherche d'informations. Les principaux avantages des chatbots sont leur compréhension du langage naturel, leur disponibilité 24 heures sur 24, ainsi que leur capacité à intégrer de larges bases de données et d'informations. Leur utilisation croissante souligne leur attractivité. En juin 2025, le trafic quotidien sur ChatGPT était d'environ 2,6 milliards d'échanges par jour, soit 20% du trafic de Google.⁷

Le chatbot *conflAnce* est développé par le Service de médecine de premier recours (SMPR) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), avec l'appui de la Direction de la communication. Avec l'expérience d'un chatbot sur le post-Covid-19 développé en 2021,⁸ le chatbot *conflAnce* est une innovation responsable qui permet de rendre accessible une information médicale vérifiée et de qualité, en libérant du temps patient-médecin. Avec des patients mieux informés, la consultation peut redevenir une consultation de médecine de premier recours, avec accès à l'écoute, à l'empathie, au temps de prendre soin, à la prévention et à la promotion de la santé. Une prise en charge de qualité ne peut avoir lieu qu'avec du temps de qualité. Pour tester le chatbot: QR code



Depuis des années, le SMPR élabore, met à jour, et offre en libre accès des stratégies de médecine de premier recours pour les pathologies les plus courantes relevant du médecin traitant. Ces stratégies (plus d'une soixantaine de stratégies sur les maladies chroniques, plus de 1500 pages d'informations), rédigées en partenariat avec des spécialistes des HUG et des médecins de la ville, s'adressent aujourd'hui aux professionnels de santé et sont utilisées pour la prise en charge des maladies chroniques (www.hug.ch/medecine-premier-recours/strategies-medecine-premier-recours). Adaptées en

^aDépartement de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bFaculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^cDirection de la communication, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
mayssam.nehme@hug.ch | franck.schneider@hug.ch
frederique.tissandier@hug.ch | idris.guessous@hug.ch

langage commun, les stratégies du SMPR peuvent être utilisées dans le développement d'un chatbot pour communiquer des informations générales en médecine de premier recours. Ce contenu sert de base de connaissances au chatbot *conflAnce*. L'échange d'informations sur les maladies est essentiel dans le parcours de santé et pour l'éducation thérapeutique des patients. Historiquement, ces informations étaient diffusées via des brochures, des pages web ou des vidéos. Maintenant, les chatbots peuvent venir s'intégrer dans un processus d'information aux patients, essentiel pour des soins de qualité.

Ces dernières années, plusieurs chatbots destinés aux patients ont émergé en Suisse, en Europe et aux États-Unis. Certains sont développés par des institutions publiques ou académiques (par exemple le digital assurance process du National Health Service NHS),⁸ tandis que d'autres sont proposés par des acteurs privés. Ces outils visent principalement à améliorer l'accès à l'information médicale, à orienter les patients dans le système de soins ou à soutenir l'autogestion des maladies chroniques.

Dans ce contexte, *conflAnce* se distingue par son ancrage institutionnel, l'utilisation de contenus médicaux validés localement, et la mise en place de couches de contrôle pour garantir la fiabilité des réponses. Aujourd'hui, le chatbot *conflAnce* apporte des informations générales sur les maladies chroniques les plus courantes en médecine de premier recours. Cette information médicale vérifiée sert d'appui informationnel, garantissant aux médecins une source d'informations de qualité pour les patients.

Objectifs

Les objectifs de *conflAnce* sont (1) d'optimiser l'accès à tout moment à l'information vérifiée pour que les patients puissent avoir des réponses à leurs questions en médecine de premier recours au bon moment; (2) d'accompagner les patients et les professionnels de santé dans le parcours de soins; et (3) de redonner du sens à la consultation.

MÉTHODES

Développement

L'un des objectifs principaux du projet *conflAnce* est d'optimiser l'accès à l'information vérifiée pour que les patients puissent obtenir des réponses à leurs questions au bon moment (*just-in-time*) dans le cadre de la médecine de premier recours. Le chatbot *conflAnce* a été développé sur la base des stratégies (www.hug.ch/medecine-premier-recours/strategies-medecine-premier-recours) du SMPR, en transformant une trentaine de stratégies relatives aux maladies chroniques les plus courantes en langage vulgarisé compréhensible par les patients. Plutôt que de proposer une information statique, le projet a pour but d'alimenter le chatbot avec cette base de connaissances et de développer des couches de contrôle et un système de *retrieval-augmented generation* (RAG). Ainsi, le chatbot puise son information prioritairement depuis la base de connaissances du SMPR (*figure 1*). Cette information fiable et vérifiée est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par les patients et les médecins. L'accès à l'information au

bon moment a été prouvé comme étant un levier favorisant les changements de comportements ou d'habitudes pour améliorer la santé (interventions *just-in-time*).⁸

Le processus RAG implique une phase d'ingestion de la base de connaissances et une phase de réponse:

- Ingestion: les documents de la base de connaissances des HUG sont découpés (*chunking*), puis convertis en vecteurs et stockés dans la base de données vectorielle du chatbot *conflAnce*.
- Réponse aux questions des utilisateurs: chaque question est convertie en vecteur, puis les documents pertinents sont retrouvés par recherche sémantique. Ils sont ensuite envoyés avec la question à un grand modèle de langage (LLM) pour générer une réponse.

Couches de contrôle

Les fonctionnalités de surveillance du chatbot *conflAnce* sont essentielles pour que l'IA générative reste sous contrôle étroit des personnes en charge de l'administration du chatbot. La capacité des humains à maîtriser l'IA générative est un point clé pour une utilisation sûre dans le domaine de la santé. Chaque jour, le chatbot effectue des tests automatiques (autotests) sur l'ensemble des réponses apportées aux questions des utilisateurs. Ces autotests donnent un score de *faithfulness* pour chaque réponse. Ce paramètre mesure la cohérence factuelle de la réponse générée par le chatbot par rapport au contenu de la base de connaissances.

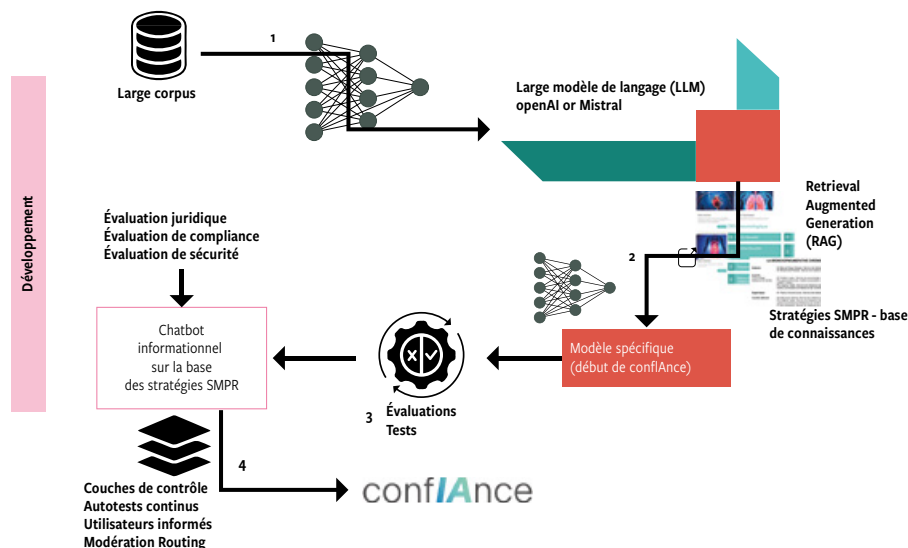
Un système de routage sémantique classe les questions pour déterminer quel prompt ou quelle base de connaissances utiliser, ou pour déclencher un fallback lorsqu'une demande sort du champ de compétence du chatbot. Le prompt contient la question, des extraits pertinents et des instructions concernant le ton et les limites, ce qui permet de contrôler strictement les réponses. Le routage, ajustable par les administrateurs, garantit un contrôle humain en filtrant et en dirigeant les questions de manière appropriée. Cette fonctionnalité contribue à garantir le contrôle humain sur l'IA générative car elle permet de contraindre fortement, en cas de besoin, les réponses du chatbot.

D'autres couches de contrôle ont également été mises en place, comme la possibilité de pouvoir mettre le chatbot hors ligne immédiatement en cas de suspicion de dysfonctionnement important. Une surveillance du niveau de danger des réponses, du feedback des utilisateurs, et des thèmes les plus fréquents est aussi effectuée à des fins d'amélioration continue de l'outil. En cas de thèmes récurrents de la part des utilisateurs et utilisatrices qui ne se retrouvent pas dans la base de connaissances, ces sujets seront développés et viendront enrichir la base de connaissances actuelle via les stratégies du SMPR. *conflAnce* fait partie d'une étude à des fins de recherche et d'amélioration: <https://recherche.hug.ch/etudes/etude-sur-levaluation-du-chatbot-confiance-des-hug>.

Des évaluations juridiques, de compliance et de sécurité des données ont été menées par la Direction des affaires juridiques, la Direction des systèmes d'information et l'équipe en charge du projet. Des évaluations externes de compliance ont permis de préciser le périmètre du projet et de déterminer s'il

FIG 1 Processus du chatbot *confiAnce*

SMPR: Service de médecine de premier recours.



s'agit d'un dispositif médical.¹⁰ Les résultats de ces évaluations montrent que le chatbot *confiAnce* n'est pas un dispositif médical dans ses fonctionnalités actuelles. Une feuille de route a été créée pour que les futurs chatbots médicaux en Suisse puissent bénéficier de l'expérience acquise durant la mise en place de *confiAnce*.

En termes de communication, il était aussi important de bien communiquer autour du projet pour deux raisons principales: (1) l'adoption et l'utilisation du chatbot en tenant compte de son domaine de compétence (les maladies chroniques les plus courantes chez les adultes) et (2) rassurer et répondre aux inquiétudes le cas échéant. Une campagne de communication a été lancée par la Direction de la communication, avec des vidéos (www.youtube.com/watch?v=rEauZCxEWMk), des affiches et un communiqué de presse. Une charte d'utilisation et des conseils pour l'utilisation du chatbot ont été rédigés et mis en place pour assurer une utilisation du chatbot *confiAnce* selon les bonnes pratiques.¹⁰⁻¹⁴

Déploiement

Le déploiement de la version beta du chatbot *confiAnce* a eu lieu en février 2025 (hug.plus/confiance). Il s'agit dans un premier temps de tester l'outil sur les maladies chroniques les plus fréquentes chez les adultes. Les indicateurs de performance, d'utilisation et de succès mis en place sont présentés dans le **tableau 1**.

Entre début février et fin octobre 2025, 3823 utilisateurs ont interagi avec le chatbot, donnant lieu à 5969 conversations et 11 781 questions. En moyenne, les utilisateurs posent deux

questions par conversation. Le taux de *matching* (pertinence de la réponse) est de 81,1%. Les utilisateurs ont également la possibilité de donner leur *feedback* directement ou de remplir le questionnaire « Vos retours » pour l'amélioration continue de l'outil. Sur cette période, le feedback est de 75% de feedback positif sur 151 feedbacks au total.

Des études récentes suggèrent une bonne acceptabilité par les utilisateurs et utilisatrices de chatbot dans le parcours de santé, notamment en raison de la disponibilité continue et de la facilité d'usage.¹⁵⁻¹⁷ Toutefois, plusieurs limites ont été identifiées: hétérogénéité de la qualité de l'information, opacité des sources utilisées, risques de réponses inappropriées, et intégration souvent limitée avec les pratiques de médecine de premier recours. Aussi le contact humain reste essentiel dans l'utilisation de ces technologies et leur intégration dans le parcours de santé. C'est ainsi que *confiAnce* peut se distinguer d'autres chatbots avec de l'information locale, et des couches de contrôles garantissant la fiabilité, la traçabilité et la sécurité des réponses, ainsi que par son positionnement explicite comme outil d'appui informationnel complémentaire à la consultation médicale, et non comme substitut à celle-ci.¹⁸

Cette expérience montre aujourd'hui qu'un chatbot médical peut être utilisé comme un outil dans le parcours de santé des patients, afin de fournir une information vérifiée et accessible avant, durant et après une consultation.⁸ Les utilisateurs et utilisatrices du chatbot (patients et médecins) peuvent accéder à des informations vérifiées, et même imprimer les échanges avec le chatbot en format PDF. L'information imprimée pourra aussi servir de support d'information durant ou après une consultation médicale. Cet accompagnement des

Extrait de la Revue médicale suisse 4/5

REVUE MÉDICALE SUISSE

	TABLEAU 1	Indicateurs du projet	
Catégorie	Indicateur	Mesure	
Utilisation	Nombre total d'utilisateurs	3823 utilisateurs (au 31.10.2025)	
	Nombre total de conversations	5969 conversations et 11781 questions (au 31.10.2025)	
	Nombre moyen de questions par conversation	2 questions par conversation (au 31.10.2025)	
Performance	Taux de matching	81,1%	
Qualité des réponses	Score de faithfulness supérieur à 70%	67%	
	Score de faithfulness entre 30% et 70%	18%	
	Score de faithfulness inférieur à 30%	14%	
Sécurité et conformité	Nombre de réponses potentiellement dangereuses (harmfulness)	< 0,01%	
Expérience utilisateur	Taux de feedback positif (%)	75% de feedback positif sur 151 feedbacks au total (au 31.10.2025)	
Évolution continue	Nombre de sujets ajoutés à la base de connaissances	2	
	Nombre de questions d'autotests effectuées	4464	
Communication et visibilité	Nombre de vues de la page web du projet	13928	
	Nombre de publications sur les médias sociaux	45	
	Nombre estimé de personnes ayant vu les publications sur les médias sociaux	145705	
Les 5 pathologies les plus consultées, avec le nombre de questions posées	Dépression	1164	
	Anémie	906	
	Diabète	863	
	Céphalées	758	
	Vertiges	709	

patients et des médecins de premier recours vient renforcer une prise en charge de qualité.

confIAnce est un chatbot qui fournit des informations générales sur les sujets les plus fréquents et les maladies chroniques les plus courantes en médecine de premier recours chez les adultes. Ce chatbot est destiné à encourager, et non à remplacer, les relations directes entre les patients et les médecins. En effet, ce chatbot est un soutien informationnel, qui ne pose pas de diagnostic et ne propose pas de prise en charge individualisée. Ce rôle reste celui des médecins traitants. Un tel outil d'information et de recherche devrait pouvoir soutenir les médecins de premier recours dans leurs

missions, en leur libérant du temps de qualité pour pratiquer avec humanité le métier qu'ils ont choisi d'exercer.¹⁹

Bien que développé au sein des HUG, le projet *confIAnce* répond à des enjeux largement partagés par les systèmes de santé en Suisse et à l'international: pénurie de médecins de premier recours, surcharge des consultations, complexité croissante des maladies chroniques et besoin accru d'information fiable pour les patients.

Le modèle proposé – fondé sur des contenus médicaux validés localement, une architecture modulaire de type RAG, des mécanismes de contrôle humain renforcés et une intégration explicite dans le parcours de soins – est transposable à d'autres contextes institutionnels comme prototype, si les bases de connaissances peuvent être adaptées aux recommandations locales.

CONCLUSION

Le projet pilote de chatbot *confIAnce* démontre qu'il est possible d'intégrer un chatbot d'informations générales dans le parcours de soins des patients en médecine de premier recours. Les outils de suivi intégrés au chatbot *confIAnce* jouent un rôle déterminant pour garantir que l'IA générative demeure sous la supervision directe des équipes responsables de son administration. La possibilité pour les professionnels de garder la maîtrise du comportement de l'IA constitue un élément central pour assurer une utilisation sûre et maîtrisée de l'IA dans le secteur de la santé.

Conflit d'intérêts: les autrices et auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article. Le développement du chatbot a été financé par la Fondation Privée des HUG

Remerciements: les autrices et auteurs remercient la Fondation Privée des HUG pour le soutien apporté à ce projet.

Utilisation de l'IA: l'IA a été utilisée dans la réécriture de paragraphes pour synthétiser le contenu

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les patients peuvent obtenir des réponses fiables 24 heures sur 24 concernant les maladies chroniques courantes.
- En répondant à des questions simples, le chatbot *confIAnce* libère du temps médical pour permettre des échanges de qualité entre les médecins et les patients.
- *confIAnce* ne remplace pas les médecins mais soutient la relation médecin-patient en fournissant une information simplifiée et accessible.
- Grâce aux couches de contrôle, aux tests automatiques et aux feedbacks des utilisateurs, *confIAnce* est dans un processus d'amélioration continue pour garantir la sécurité et la pertinence.

1 Confédération Suisse. Office fédéral de la santé publique. Stratégie du Conseil fédéral en matière de politique de la santé 2020-2030 [En ligne]. Disponible sur: [www.bag.admin.ch/fr/politique-de-la-](http://www.bag.admin.ch/fr/politique-de-la-sante)

[sante-strategie-du-conseil-federal-20202030](http://www.bag.admin.ch/fr/politique-de-la-sante-strategie-du-conseil-federal-20202030)

2 Saudan P. Nous devons soutenir la médecine genevoise de premier recours [En ligne]. Tribune de Genève. 21 mars

2023. (Cité le 5 mai 2023). Disponible sur: www.tdg.ch/nous-devons-soutenir-la-medecine-genevoise-de-premier-recours-989526695558

3 Schutz K, Zinggeler Fuhrer H,

Temperli R. Médecins de famille et pédiatres sous pression. Bulletin des médecins suisses. 2023;104(9):28-31. 4 Guessous I. Le grand brown-out. Rev Med Suisse. 2025 Sep 24;21(932):1679-

NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE
INTERNE GÉNÉRALE 2025

80. DOI: 10.53738/REV-MED.2025.21.932.47807.

5 Guessous I. L'identité professionnelle pour réenchanter la médecine. *Rev Med Suisse*. 2024 Oct 16;20(891):1899. DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.891.1899.

6 Nahum-Shani I, Smith SN, Spring BJ, et al. Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAI) in Mobile Health: Key Components and Design Principles for Ongoing Health Behavior Support. *Ann Behav Med*. 2018 May 18;52(6):446-62. DOI: 10.1007/s12160-016-9830-8.

7 Chatterji A, Cunningham T, Deming DJ, et al. How People Use ChatGPT [En ligne]. National Bureau of Economic Research. Septembre 2025. (Cité le 24 novembre 2025). Disponible sur: www.nber.org/papers/w34255

8 *Nehme M, Schneider F, Perrin A, et al. The Development of a Chatbot Technology to Disseminate Post-COVID-19 Information: Descriptive Implementation Study. *J Med Internet Res*. 2023 Jun 5;25:e43113. DOI: 10.2196/43113.

9 Innovation Service. Using an AI Chatbot to ease staff shortages and improve patient care [En ligne]. 13 mars 2024. (Cité le 17 décembre 2025). Disponible sur: www.digitalregulations.innovation.nhs.uk/case-studies/using-a-chatbot-to-ease-staff-shortages-and-improve-patient-care/

10 **Nehme M, Schneider F, Amruthalingam E, et al. Chatbots in medicine: certification process and applied use case. *Swiss Med Wkly*. 2024 Oct 25;154:3954. DOI: 10.57187/s.3954.

11 Sellli L. Les HUG font appel à l'IA pour répondre aux questions des patients [En ligne]. *Radio Lac*. 10 février 2025. Disponible sur: www.radiolac.ch/actualite/les-hug-font-appel-a-lia-pour-repondre-aux-questions-des-patients/

12 Radio Télévision Suisse. Un chatbot des HUG répond aux questions des patients 24h/24 [En ligne]. *Journal* 19h30. 4 avril 2025. Disponible sur: www.rts.ch/play/tv/19h30/video/un-chatbot-des-hug-repond-aux-questions-des-patients-24h24?urn=urn%3Aarts%3Avideo%3A08d30efb-c3fc-3d24-9ab0-5a12cf396186

13 Radio Télévision Suisse. Les HUG lancent « ConflAnce », un chatbot médical innovant pour informer les patients [En ligne]. 10 février 2025. Disponible sur: www.rts.ch/info/regions/geneve/2025/article/les-hug-lancent-confiance-un-chatbot-medical-innovant-pour-informer-les-patients-28786700.html

14 Mielot G. Un nouveau chatbot aux HUG pour répondre aux questions des patients [En ligne]. *Léman Bleu*. 10 février 2025. Disponible sur: www.lemobleu.ch/fr/Actualites/Geneve/Un-nouveau-chatbot-aux-HUG-pour-repondre-aux-questions-des-patients.html

15 Li H, Zhang S, Tao L, Li X, Liu J. Acceptance of healthcare services based on the large language model in China: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2025 Nov 17;25(1):4007. DOI: 10.1186/s12889-025-25425-x.

16 Khairat S, Geracitano J, Niu T, Mendis K. Acceptability of Academic Large Language Model for Patients Seeking Health Information. *Stud Health Technol Inform*. 2025 Jun 26;328:31-5. DOI: 10.3233/SHTI250667.

17 Sumner J, Wang Y, Tan SY, Chew EHH, Wenjun Yip A. Perspectives and Experiences With Large Language Models in Health Care: Survey Study. *J Med Internet Res*. 2025 May 1;27:e67383. DOI: 10.2196/67383.

18 Singhal K, Azizi S, Tu T, et al. Large language models encode clinical knowledge. *Nature*. 2023 Aug;620(7972):172-80. DOI: 10.1038/s41586-023-06291-2. Erratum in: *Nature*. 2023 Aug;620(7973):E19. DOI: 10.1038/s41586-023-06455-0.

19 **Lee P, Goldberg C, Kohane I. The AI Revolution in Medicine: GPT-4 and Beyond. Londres: Pearson, 2023.

* à lire
** à lire absolument

Santé numérique IA opaque et désir de transparence: que veulent vraiment les usagers?

Dr MINA BJELOGRIC^{a,b}, Dr LAËTITIA GOSETTO^{a,b}, Dr HUGUES TURBE^{a,b}, INES ESPINHAL AMARO^{a,b},
JULIE GUEBEY^{a,b}, Dr CHRISTOPHE GAUDET-BLAUVIGNAC^{a,b} et Pr CHRISTIAN LOVIS^{a,b}

Rev Med Suisse 2026; 22: 234-7 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.947.48142

Qu'elle soit générative, spécialisée, agentique, ou les trois à la fois, l'intelligence artificielle (IA) s'installe peu à peu dans la vie quotidienne d'une partie de la population romande. Dans la santé, certaines applications sont déjà intégrées en clinique et influencent la prise en charge des patients. Mais que savons-nous vraiment de ces systèmes apprenants? Quels sont les angles morts de notre compréhension? Dans quelle mesure les débats sur la transparence aident-ils à en maximiser les bénéfices et réduire les risques indus? Centrale ou non, la question divise. Sans viser l'exhaustivité, cet article met en lumière la valeur et les défis de la transparence de l'IA, ainsi que les débats actuels sur son utilité et sa faisabilité.

Opaque technologies and transparency: what do users expect?

Whether generative, specialized, agentique, or all the later, artificial intelligence (AI) is gradually taking root in the daily lives of part of the French-speaking Swiss population. In healthcare, some applications are already in clinical use and shaping patient care. But what do we truly know about these learning systems? What blind spots remain in our understanding? To what extent can debates on transparency help maximize benefits while limiting unnecessary risks? Central or not, the issue is divisive. Without being exhaustive, this article highlights the value and challenges of AI transparency, as well as current debates on its usefulness and feasibility.

INTRODUCTION

Qu'elle soit générative, spécialisée, agentique, ou les trois à la fois, l'intelligence artificielle (IA) est de plus en plus présente dans la vie d'un nombre croissant de Romands. En santé, des applications sont déjà utilisées en contexte clinique.¹ Mais que savons-nous vraiment de ces systèmes? Où se situent les zones d'ombre de leur fonctionnement? Et dans quelle mesure la transparence, souvent invoquée, permet-elle d'en optimiser les bénéfices tout en limitant les risques inutiles? Sans prétendre à l'exhaustivité, cet article vise à éclairer la notion de transparence, à souligner l'importance de tenir compte des attentes des utilisateurs, et à montrer comment quelques travaux récents relancent le débat sur son utilité. La

transparence est-elle le levier qui pourrait briser le plafond de verre de l'adoption de l'IA dans le milieu hospitalier, ou bien la seule performance suffit-elle?

UNE NOTION FLOUE, DES ENJEUX CONCRETS

La «transparence» de l'IA ne possède pas une définition stricte et figée, elle comprend l'explicabilité (comprendre un résultat), la traçabilité (suivre les données et les versions), la documentation et la capacité à vérifier et contrôler via des audits. Ensemble, ces dimensions permettent à différents publics (cliniciens, patients, régulateurs, développeurs) d'agir avec discernement. En santé, l'enjeu est important. Le consortium FUTURE-AI² a été fondé en 2021 et regroupe 117 experts interdisciplinaires provenant de 50 pays représentant tous les continents, incluant des spécialistes en IA, des chercheurs cliniques, des éthiciens biomédicaux et des scientifiques sociaux.² En 2025, il a formalisé six principes (équité, universalité, traçabilité, facilité d'utilisation, robustesse, explicabilité) et de bonnes pratiques sur tout le cycle de vie de l'IA pour qu'elle soit fiable et déployable dans le domaine de la santé.

Côté régulation, le AI Act européen est entré en vigueur en 2024 (avec un déploiement progressif jusqu'en 2026-2027) et impose des exigences renforcées aux systèmes «à haut risque», typiquement en santé,³ dont des obligations d'information, de gestion des risques et de supervision humaine.⁴

CE QUE DISENT LES UTILISATEURS ET LES EXPERTS

Dans le domaine de la santé, beaucoup d'études évoquent la transparence comme condition d'acceptabilité. Par exemple, une revue systématique montre que les patients, les cliniciens et le grand public sont prudemment favorables à l'utilisation de l'IA à condition qu'elle soit validée cliniquement, protège les données, reste sous contrôle humain, et fournisse des explications compréhensibles.⁵ Un récent point de vue publié dans *Swiss Medical Weekly* précise quand informer spécifiquement le patient, par exemple du rôle autonome de l'IA, mais également sur le consentement du transfert des données à un tiers lors de l'utilisation de l'IA, sans pour autant définir ce qui doit être transparent et comment.⁶

Parallèlement, un courant critique au sein de la communauté scientifique met en doute la valeur ou la faisabilité de la transparence pour les modèles opaques. Cette réflexion s'appuie

^aService des sciences de l'information médicale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bDépartement de radiologie et d'informatique médicale, Université de Genève, 1211 Genève 4
mina.bjelogric@hug.ch | laetitia.gosetto@hug.ch | hugues.turbe@hug.ch
ines.espinhalamaro@hug.ch | julie.guebey@hug.ch
christophe.gaudet-blavignac@hug.ch | christian.lovis@hug.ch

Santé-environnement

Low-tech et high-tech en santé, innover pour le meilleur et pour l'avenir

DRE ALICE BARAS, DR SYLVAIN DE LUCIA, PR NICOLAS SENN ET PR GAËL BRULE

Rev Med Suisse 2026; 22: 238-40 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.947.48120

INTRODUCTION

Innover, du latin *innovare*, renouveler, c'est changer une organisation en profondeur. De tout temps, l'*Homo sapiens* a innové, que ce soit pour mieux se nourrir, se déplacer, se protéger ou transmettre ses savoirs. Aujourd'hui, l'innovation semble être devenue une fin en soi souvent associée aux prouesses technologiques les plus sophistiquées comme si le progrès devait obligatoirement rimer avec «high-tech». Le secteur de la santé et des soins n'échappe pas à cette posture.

Les activités humaines ont fait sortir la Terre de ses limites sûres, compromettant son habitabilité¹ et causant déjà souffrances et décès. Dans ce contexte mondial incertain et amené à être de plus en plus contraint, notamment sur les plans physique, géopolitique et sociétal, il est crucial de questionner le sens de l'innovation en santé. Cet article est une invitation à faire un pas de côté autour des innovations permettant de diagnostiquer, promouvoir et préserver la santé humaine. Et si le véritable défi de l'innovation dans ce domaine n'était pas d'être toujours plus technique, souvent plus orientée vers le profit que le bien des patient-es, mais de tendre vers une médecine plus globale et positive – visant la santé et le bien-être des vivants humains et non humains plutôt que l'absence de maladie – plus emprunte d'humanité, équitable et respectueuse des limites ou frontières planétaires?

L'ESSOUFFLEMENT DU MORE IS MORE^a

La technologie, c'est-à-dire, selon le dictionnaire Larousse, l'ensemble des savoirs et des pratiques fondés sur des principes scientifiques dans un certain domaine

technique, a permis l'essor de la médecine occidentale actuelle et est désormais ubiquitaire, tant dans le milieu de la recherche que dans les établissements de soins. De la microscopie optique à la découverte des premiers vaccins et antibiotiques, en passant par la compréhension des mécanismes cellulaires menant à l'apparition de maladies tumorales et inflammatoires jusqu'aux thérapies ciblées, les avancées médicales majeures du siècle écoulé sont majoritairement liées à des instruments et des techniques toujours plus sophistiquées. Faisant suite aux progrès hygiénistes réalisés au 19^e siècle et aux conditions de vie plus favorables dans les pays industrialisés, qui ont mené à un recul spectaculaire de la mortalité. Ces avancées médicales ont contribué à l'amélioration de l'espérance de vie, passée de 40 à 85 ans en l'espace d'un siècle.² Elles ont en outre contribué à une amélioration de la qualité de vie des patients et à une diminution des handicaps associés aux maladies chroniques.

Néanmoins, reconnaître ces avancées ne peut occulter le rebattement actuel des tendances en santé publique. Les améliorations de l'espérance de vie en bonne santé tendent à ralentir, voire à reculer aux États-Unis et dans certains pays européens, dont le Royaume-Uni. La progression constante des maladies chroniques touche toutes les classes d'âge et ne s'explique pas uniquement par le vieillissement de la population.³ Elle est en grande partie liée à des facteurs environnementaux défavorables comme les pollutions physicochimiques⁴ et d'autres facteurs socioéconomiques, dont les «déterminants commerciaux de la santé».⁵ La santé mentale des populations tend elle aussi à se dégrader dans la majorité des pays tandis que les iniquités en santé se creusent.^{6,7}

Ainsi, alors que la connaissance scientifique ne cesse de progresser et que les ressources et moyens financiers engagés par les services de soins s'accroissent dans la majorité des pays, on assiste à un certain

paradoxe entre cette augmentation des ressources économiques et matérielles dédiées au secteur de la santé et une dégradation de nombreux indicateurs sanitaires des populations.⁸ Les exemples les plus illustratifs sont probablement à chercher en oncologie et en infectiologie. Concernant la première, on constate dans une même période de 20 ans, des progrès spectaculaires dans les soins oncologiques, avec, en parallèle, un accroissement de certains cancers, tant chez les personnes âgées que chez les jeunes.⁹ Les infectiologues observent actuellement un recul sur le front de leur discipline. Après un âge d'or des traitements antimicrobiens, qui ont permis une diminution remarquable des décès liés aux maladies infectieuses (bactériennes et virales, notamment infections au VIH et hépatites C), nous assistons à une augmentation rapide des décès liés aux bactéries multirésistantes nommée «pandémie silencieuse»¹⁰ ainsi qu'à l'émergence de nouvelles maladies infectieuses ou la recrudescence de maladies plus anciennes, notamment sanitaires de SARS-CoV-2, les épidémies de Zika, de Chikungunya, de virus du Nil occidental, ou encore à l'augmentation des cas de maladies de Lyme, dont l'aire de répartition géographique a été modifiée à la faveur des changements climatiques des deux dernières décennies. La médecine fait ainsi face à de nouveaux défis, liés en grande partie aux maladies dites de civilisation. Et l'on observe un découplage entre l'accroissement soutenu des dépenses en santé de moins en moins corrélées avec une amélioration de la santé publique.

Dans le même temps, les développeurs d'une médecine de haute technologie (ou high-tech) annoncent une véritable révolution dans ce secteur. Le traitement de données de santé par l'intelligence artificielle (IA) n'aurait pas encore atteint le niveau de fiabilité des experts, mais offrirait, dans certaines disciplines, des capacités de diagnostic et de choix thérapeutiques prometteuses. Une promesse à modérer

^aPlus c'est mieux.

Études de médecine en Suisse: 30 000 ou 120 000 CHF par étudiant et par an?

Contrairement aux idées reçues, les coûts des études de médecine ne sont ni hors de contrôle ni en augmentation franche. En automne 2024, l'Association suisse des étudiants en médecine a publié une analyse, reprise par plusieurs journaux, notamment suisses alémaniques. La conclusion? Les coûts de formation se situent autour de 30 000 CHF par an et par étudiant, alors que jusqu'à présent, une estimation de 100 000 – 120 000 CHF dominait, contribuant à une image publique négative des études de médecine et freinant la création de places d'études supplémentaires. La différence de montant s'explique par le choix d'inclusion des coûts de toute la recherche ayant lieu au sein des facultés de médecine. Le communiqué a divisé: s'il est appuyé par la FMH (Yvonne Gilli), la Faculté de médecine de Berne s'est exprimée en refusant toute distinction entre coûts de formation et de recherche.

Afin de comprendre ces chiffres, penchons-nous sur ce qu'ils contiennent. Deux instances (l'OPS et le projet EKOI, issu de la conférence suisse des hautes écoles) produisent des estimations, condensées en trois indicateurs différents: le premier inclut les coûts d'enseignements seuls (recherche exclue), et s'élève aux alentours de 30 000 CHF par an et par étudiant. Le deuxième comprend les coûts d'enseignement et de toute la recherche (y compris les bourses de recherche et fonds privés) se chiffre entre 125 000 et 160 000 CHF. Et le dernier inclut la recherche sans bourse ni fonds privés et se situe autour des 100 000 CHF. Sans surprise, la recherche coûte plus cher que la formation, plus que quadruplant le total.

La recherche est essentielle et bénéficie à toute la société: elle fait avancer la science et élargit les horizons thérapeutiques. Les étudiants y gagnent directement en y participant: connaissances théoriques, travail d'équipe et développement de l'esprit critique. Nous ne voulons en aucun cas réduire son importance ou diminuer ses financements.

Nous constatons simplement que le budget qui y est consacré varie fortement d'une université à l'autre. Il semble avant tout dépendre des fonds captés et de décisions politiques, et non simplement du nombre d'étudiants. La qualité de la formation, elle, dépend de nombreux autres facteurs, comme le temps passé en clinique ou les cours. À l'échelle suisse, il n'existe à ce jour aucune preuve que les facultés investissant davantage dans la recherche forment de meilleurs médecins que les autres. Il n'est donc pas justifié d'imputer le coût de la recherche à la formation des étudiants.

Le projet EKOI a annoncé qu'il publierait un nouvel indicateur dans son prochain rapport proposant un budget recherche considéré comme nécessaire à une formation médicale de qualité, par étudiant et par année. Nous saluons la volonté de faire avancer le débat, et espérons que les chiffres se baseront sur des critères tangibles, si ceux-ci existent. Une augmentation du nombre de places en médecine est urgente, quand plus de 40% des titres FMH sont décernés à des médecins formés à l'étranger. Un tel indice de l'EKOI permettrait aux pouvoirs publics de prévoir l'agrandissement des facultés de médecine. Il ne s'agit pas de remettre en cause le financement de la recherche,

mais de veiller à ce que ses coûts ne soient plus invoqués comme un frein à la création de nouvelles places en médecine.

Il est également important de souligner que ces estimations de coût ne prennent pas en compte le fait que les étudiants eux-mêmes fournissent de nombreuses heures de travail non rémunérées ou sous-rémunérées, notamment lors du travail de master ou des stages.

Décider de façon éclairée est avant tout savoir ce que l'on compte. Nous espérons avoir pu contribuer à la compréhension des coûts des études de médecine avec ce texte et encourageons les médecins à s'impliquer dans les débats concernant la relève de notre profession et le futur de notre système de santé.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour le contrôle grammatical de l'article et la suggestion de synonymes. Ils ont validé la version finale de l'article.

IL N'EST PAS JUSTIFIÉ D'IMPUTER LE COÛT DE LA RECHERCHE À LA FORMATION DES ÉTUDIANTS

CHLOÉ ANAÏS ROSENFELD

Advocacy board chair
swimsa swiss medical students' association
c/o Medworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
chloe.rosenfeld@gmail.com
marc.rndj@proton.me

MARC REYNAUD DE LA JARA

Ancien advocacy board chair
swimsa swiss medical students' association
c/o Medworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
marc.rndj@proton.me



● ● ● Jubilé

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N°1 | Février 2026



Début du 19^e siècle

Création des
premières sociétés
cantonales
de médecine

1867

Création de la
Société médicale
de la Suisse
romande (SMSR)

1870

Création de
l'Ärztlicher
Centralverein

125 ans de la FMH

L'histoire du corps médical suisse

Comment différentes associations médicales se sont-elles regroupées pour parler aujourd'hui d'une seule voix au nom de 46 000 membres? Une série d'articles célèbre les 125 ans de la FMH et présente son évolution depuis 1901 face aux changements sociétaux, politiques et technologiques. Retracer son histoire pour tracer l'avenir de la profession médicale.

Vanessa Oskarsson^a, Barbara Kull^b

^a spécialiste en communication, Politique & communication, FMH, ^b coresponsable, Politique & communication, FMH

En 2026, la FMH fête ses 125 ans d'existence, une histoire bien plus vaste que la somme d'une succession d'événements historiques. Elle reflète l'évolution des professions médicales en Suisse, les changements dans le système de santé et le rôle joué par les médecins dans la société. Avec cette série d'articles dans le Bulletin des médecins suisses (bms), nous souhaitons non seulement revenir sur l'histoire de la FMH, mais aussi la replacer dans son contexte et montrer à quel point son évolution est indissociable de celle du corps médical.

L'histoire de la FMH, c'est l'histoire du corps médical.

Rien ne prédestinait la FMH à compter aujourd'hui quelque 46 000 membres et à devenir une voix reconnue du système de santé [1]. La FMH telle que nous la connaissons aujourd'hui a été fondée à une époque où l'organisation des soins médicaux était encore très locale, où les diffé-

rences cantonales prédominaient et où la représentation politique du corps médical était quasiment nulle [2]. Le chemin parcouru depuis la création des premières sociétés cantonales de médecine à la Commission médicale suisse et à la Fédération des médecins suisses en 1901 montre déjà clairement un besoin d'unité à l'époque [3].

Naissance d'une corporation nationale

Au début du 19^e siècle, les premières associations médicales qui servaient surtout à échanger entre pairs ont vu le jour dans



1874

**Création de la
Commission
médicale suisse**

1884

**Création de
l'Ordine dei
medici del Cantone
Ticino (OMCT)**

1901

**Création de la
Foederatio
Medicorum
Helveticorum
(FMH)**

différents cantons [4]. Les associations intercantionales ont ensuite été créées dès la seconde moitié du siècle pour donner naissance à la Société médicale de la Suisse romande (aujourd'hui SMSR) en 1867, à l'Ärztlicher Centralverein en 1870 en Suisse alémanique (aujourd'hui VEDAG) et à la Società medica della Svizzera italiana (aujourd'hui OMCT) en 1884 au Tessin [5]. En 1874, ces organisations ont formé une base de délégués pour constituer la Commission médicale suisse qui était censée représenter pour la première fois l'ensemble du corps médical à l'échelle nationale, mais sans rôle politique contraignant [6]. C'est précisément cette efficacité limitée qui a conduit, vers la fin du 19^e siècle, à la prise de conscience progressive de la nécessité d'une organisation nationale pour défendre efficacement les intérêts de la profession [3].

Avec la création de la Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) en décembre 1901, le corps médical s'est doté pour la première fois d'une base organisationnelle commune [7]. Cette nouvelle «Chambre médicale» réunissait les sociétés cantonales, tandis que la Commission médicale était élevée au rang d'organe exécutif [8]. Au cours des années qui suivirent, d'autres structures ont vu le jour afin de renforcer la jeune organisation: le premier numéro du Bulletin des médecins suisses paraissait en 1920, et en 1924, la Vereinigung selbstdispensierenden Ärzte (syndicat

Il a fallu plusieurs décennies pour que le corps médical s'exprime d'une seule voix.

des médecins dispensateurs) intégrait la FMH. En 1928, cette dernière révisait entièrement ses Statuts pour pouvoir prendre des décisions contraignantes pour ses membres et former une unité organisationnelle plus étroite [9, 10]. En 1931, une réglementation uniforme à l'échelle nationale de la formation médicale postgraduée a été mise en place, une étape importante qui a marqué durablement l'influence de l'association [11].

D'hier à aujourd'hui

Les prochains numéros du bms retraceront cette évolution dans un ordre chronologique qui vous mènera des balbutiements au début du 19^e siècle jusqu'aux défis actuels. La série d'articles montrera comment, au fil des décennies, la FMH a créé des structures, assumé des responsabilités et réagi à maintes reprises aux changements sociétaux, politiques et technologiques. Les articles traiteront d'événements clés tels que les révisions statutaires, la monopolisation puis la réorganisation de la formation médicale postgraduée, l'essor des sociétés de disci-

pline médicale, l'intégration de nouvelles réalités professionnelles ainsi que les changements induits par la loi sur l'assurance-maladie et l'introduction de structures tarifaires nationales.

Une attention particulière sera accordée aux développements des 25 dernières années qui ont profondément marqué les activités actuelles de la FMH: introduction du TARMED et de Swiss-DRG, mise en place de nouveaux systèmes tarifaires tels que TARPSY et ST Reha, mise sur pied du TARDOC et décision cruciale en matière de politique de santé avec le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (EFAS). Les avancées en matière de numérisation allant du fournisseur d'accès HIN à la carte de professionnel de santé en passant par le dossier médical électronique ont aussi été déterminantes. Enfin, la pandémie de coronavirus a montré l'importance d'une organisation professionnelle bénéficiant d'un bon réseau et en mesure d'agir très rapidement pour offrir conseils et soutien.

Les 125 ans d'existence de la FMH ont été marqués par la continuité et le changement, par la conciliation d'intérêts divergents, par la recherche de solutions réalistes et par la volonté commune de garantir la qualité de la prise en charge médicale en Suisse. Le prochain article de la série paraîtra en mars et sera consacré aux débuts de la collaboration entre les méde-

● ● ● Jubilé

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N°1 | Février 2026

1920

**Le Bulletin des
médecins suisses
devient l'organe
de publication
officiel du corps
médical**

1924

**Intégration
du syndicat des
médecins
dispensateurs**

1928

**Révision des
Statuts: décisions
contraignantes
pour tous
les membres**

cins en Suisse, qui a ouvert la voie à la création d'une organisation nationale.

Nous sommes heureux de ponctuer cette année d'anniversaire avec des rétrospectives, des analyses et des perspectives qui illustrent le lien étroit entre la FMH et ses membres depuis 1901. L'histoire de la FMH est celle de toute une profession et c'est vous, chères et chers membres de la FMH, qui continuez à l'écrire. ●●●

Correspondance
kommunikation@fmh.ch

Littérature

Les articles consacrés aux 125 ans de la FMH se basent sur les recherches de l'Institut d'histoire de la médecine de l'Université de Berne: Bürgin D, Hächler S. 125 Jahre FMH - Ein Ärzteverband im steten Wandel, 2026. Accessible (en allemand) à l'adresse: https://www.img.unibe.ch/forschung/online publikationen/index_ger.html

- 1 Statistique 2024 des membres de la FMH. www.fmh.ch/files/pdf32/fmh-mitgliederstatistik-nach-basisorganisation_def.pdf (consulté le 4.8.2025)
- 2 Järmann S. Die Versammlungen des Schweizerischen ärztlichen Centralvereins 1870-1885. Thèse de médecine, Université de Berne, 2013, p. 63 ss; Zur Organisation der Schweizerischen Ärzte. Referat von Theophil Lotz-Landerer an der Delegiertenversammlung in Olten am 17. März 1901, p. 5 ss (NA FMH-0856_2, p. 50)
- 3 Ibid., p. 6 (NA FMH-0856_2, p. 51)
- 4 <https://www.berner-aerzte.ch/fr/la-smcb.html> [consulté le 4.8.2025]; Von der Gesellschaft zur Standespolitik. 200 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. Berne, 2008, p. 13-16

- 5 Rede von Marc Dufour anlässlich der Versammlung des ärztlichen Centralvereins, der Société médicale de la Suisse romande und der Società medica della Svizzera italiana in Bern am 30. Mai 1885. Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte n° 13 du 1.7.1885, p. 322 ss (NA FMH-0854_3, p. 162 ss)
- 6 Järmann S. Die Versammlungen des Schweizerischen ärztlichen Centralvereins 1870-1885. Thèse de médecine, Université de Berne, 2013, p. 63 ss; Zur Organisation der Schweizerischen Ärzte. Referat von Theophil Lotz-Landerer an der Delegiertenversammlung in Olten am 17. März 1901, p. 4 (NA FMH-0856_2, p. 49)
- 7 LX. Versammlung des ärztlichen Centralvereins. Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte n° 2 du 15.1.1901, p. 49
- 8 Verbindung der schweizerischen Aerzte. Statuten. Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte n° 19, 1901, p. 692 ss (NA FMH-0856_2, p. 85 ss)
- 9 Protokoll der ausserordentlichen Hauptversammlung der Schweiz. Aerztekammer vom Sonntag, den 15. Juni 1924, 14 Uhr im Bürgerhaus in Bern. NA FMH 0475, p. 357 ss
- 10 Statuten der Verbindung der Schweizer Aerzte. Revisionsentwurf des Z.V. Bulletin des médecins suisses, n° 23, 1928, p. 264 ss
- 11 Verhandlungs-Protokoll der Z.-V. Sitzung vom 12./13. Dezember 1931. c. Spezialistenfrage (NA FMH-0858_2, p. 129)

125 ans de la FMH - Jubilé en ligne

La chronologie ainsi que toutes les contributions de la série, complétées en permanence :



fmh.ch/jubile

Que signifie le sigle « FMH » ?

L'abréviation FMH vient de la désignation latine de l'association fondée en 1901: Foederatio Medicorum Helveticorum.

Recommandations pour les prochaines évolutions

Quel avenir pour les soins psychiatriques ?

Le recours aux prestations psychiatriques est en hausse alors que les capacités en matière de soins restent limitées. Face à cette évolution, le système de soins psychiatriques n'a pas d'autre choix que de se développer et d'engager des réformes, notamment pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies psychiques sévères.

Prof. méd. Matthias Jäger ^{a,b,c}, Dr rer. medic. Gianfranco Zuaboni ^b, Dr méd. EMBA Rafael Traber ^{a,c}, Dre méd. Fulvia Rota ^c

^a Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP), ^b Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS),
^c Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

Depuis une cinquantaine d'années, la Suisse a amorcé d'importantes réformes du système de soins psychiatriques, avec les objectifs principaux suivants: privilégier les traitements ambulatoires et de proximité par rapport aux hospitalisations, améliorer la coopération et la coordination entre toutes les structures, offrir une prise en charge adéquate à toute personne souffrant d'une maladie psychique, mettre en place et développer des services ambulatoires et des sections psychiatriques dans les hôpitaux généraux, faire baisser les séjours hospitaliers et les hospitalisations de longue durée, assurer l'égalité entre les personnes atteintes de maladies psychiques et celles souffrant d'affections physiques. Ces réformes ont permis de nombreux changements: une réduction du nombre de lits, le développement de structures ambulatoires et de proximité, la mise sur pied d'hébergements spécialisés pour les personnes présentant des atteintes d'ordre psychiques ou cognitives ainsi que l'intégration des services psychiatriques dans les hôpitaux somatiques. Malgré ces efforts, le nombre de places de traitement

hospitalier par habitant demeure élevé en comparaison internationale, et le taux d'hospitalisation augmente [1, 2].

À l'échelle mondiale, la Suisse caracole – derrière les États-Unis – en tête de classement en termes de dépenses globales allouées au système de santé. En affectant environ 3 % de ces dépenses à la santé psychique, la Suisse se situe loin derrière les pays anglophones, scandinaves ou les pays voisins, qui y consacrent entre 8 et 12 % [3]. La psychiatrie n'est donc pas un facteur marquant de la hausse des coûts de la santé. Sur l'ensemble des dépenses en santé psychique, 47 % vont aux soins hospitaliers, 29 % à l'ambulatoire et 13 % aux soins intermédiaires (prestations hospitalières ambulatoires, clinique de jour et hors les murs) [4]. Le système de financement incite clairement à concentrer l'offre sur les structures hospitalières. Il ne pose aucune base ni incitatif financier visant à promouvoir les soins intermédiaires et à développer les soins intégrés [5].

Mise en réseau et coordination

Dans une région sanitaire, les structures de soins (cliniques psychiatriques, institutions

psychosociales, psychiatres en cabinet, psychologues, soins ambulatoires, groupes d'entraide, pairs praticiens en santé mentale) doivent être bien coordonnées et travailler en réseau. Ainsi, les urgences psychiatriques hospitalières et ambulatoires mais aussi l'ensemble des soins médicaux et la réadaptation psychosociale peuvent s'ajuster au mieux aux besoins des personnes atteintes dans leur santé psychique. Pour ce faire, il s'agit d'y impliquer les structures de soins somatiques et les services psychosociaux de proximité [6, 7].

Ambulatoire, intermédiaire puis hospitalier

Si l'on veut encourager le transfert de certains soins hospitaliers vers le domaine intermédiaire et promouvoir des prestations appropriées et individualisées, il s'agit aussi de créer des bases de financement et des mesures incitatives en ce sens [8]. Pour cela, la rétribution des soins ambulatoires et intermédiaires doit être adaptée et un modèle de financement uniforme mis en place pour les soins thérapeutiques en clinique de jour et hors les murs. Avec l'introduction prévue en 2028 du financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (réforme EFAS), le virage ambulatoire devrait progresser grâce à la clé de répartition uniforme des coûts entre cantons et caisses-maladie, quel que soit le cadre thérapeutique.

Le système de financement ne présente aucun incitatif financier visant à promouvoir les soins intermédiaires.

● ● ● Corps médical – Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N° 1 | Février 2026

Priorité aux soins d'urgence

En matière de diagnostic, de traitement et de soutien psychosocial, on constate un déséquilibre croissant entre les besoins et l'offre. Il faut donc poser des priorités, la toute première étant la prise en charge appropriée des urgences et des situations aiguës et ce, dans chaque région sanitaire, 24h sur 24h. Il s'agira ensuite de mettre à disposition des capacités de soins en fonction de la gravité des situations, à commencer par les personnes les plus atteintes [9]. Avec des personnes présentant des troubles légers ou moyens, le soutien numérique de certaines approches thérapeutiques pourrait contribuer à soulager les équipes dont les capacités sont limitées [10].

Un accès en fonction des indications

Dans les soins primaires et secondaires, le diagnostic initial et l'analyse des besoins sont assurés par les médecins traitants et par les cabinets de spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Cet accès direct est une caractéristique importante du système de santé en Suisse. En tant qu'institutions de soins tertiaires, les cliniques psychiatriques assument un mandat subsidiaire pour le diagnostic et le traitement lorsque les soins primaires et secondaires ne peuvent pas les prendre en charge. Nous recommandons ici la création de services centralisés d'«assessment» (évaluation) qui devront disposer d'excellentes compétences diagnostiques dans le domaine psychiatrique et psychosocial ainsi que d'une connaissance approfondie de toutes les offres existantes, à tous les niveaux de soins [11].

Modèles institutionnels intégrés

Dans une clinique psychiatrique, les soins intégrés comprennent la prise en charge en hospitalisation, en clinique de jour, hors les murs (p. ex. à domicile) et en ambulatoire. Ils sont assurés soit par une seule équipe, soit par plusieurs équipes collaborant étroitement afin de permettre un traitement centré sur les patients, flexible et continu. Les unités ainsi intégrées seraient alors en charge d'un domaine de soins précis au sein d'une région sanitaire, ou alors d'un groupe défini de patients (p. ex. en fonction du diagnostic principal ou de l'âge) et ce, tout au long du traitement.

Réadaptation

Pour les personnes atteintes de maladies

psychiques, les approches psychiatriques et réadaptatives mettent l'accent sur la participation, l'inclusion et le rétablissement («recovery») dans plusieurs sphères de la vie: formation initiale et continue, travail, lieu de vie, structure journalière et contacts sociaux. Selon le principe «first place, then train» («d'abord placer, puis former»), on privilégiera les approches telles que le «Supported Employment» (emploi accompagné), la «Supported Education» (formation assistée) et l'autonomie au niveau du logement avec un soutien adéquat, plutôt que les traditionnelles structures de réadaptation protégées. Celles-ci devraient toutefois rester à disposition pour répondre à certaines préférences [12].

Prévention

Si l'on veut promouvoir la santé psychique et les compétences en la matière, les mesures de prévention doivent commencer déjà au niveau de la population générale [9]. Il s'agira de diffuser les connaissances relatives à la santé mentale et à sa préservation au sein de toutes les sphères et périodes de la vie, notamment dans des lieux comme les écoles, les institutions de formation et auprès des employeurs. Cette mission n'incombera pas en premier lieu aux institutions psychiatriques, ni aux cabinets de spécialistes. Mais ceux-ci devront prendre part aux opérations et aux réseaux destinés à la prévention primaire.

Correspondance

matthias.jaeger@pbl.ch

Littérature

- 1 Observatoire suisse de la santé (Obsan). Taux d'hospitalisation pour maladies psychiques. 2024. Accessible en ligne, consulté le 21.6.2025: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicators/obsan/taux-d-hospitalisation-pour-maladies-psychiques>
- 2 Organisation mondiale de la santé (OMS). Psychiatric hospital beds per 100 000. 2024. Accessible en ligne (en anglais), consulté le 21.6.2025: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/#id=19551
- 3 NHS Benchmarking Network Annual Work Programme Report 2022. Accessible en ligne (en anglais), consulté le 4.11.2025: <https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/>

nhsbn-static/Other/2023/NHSBN%20Work%20Programme%20Report%20FINAL.pdf

- 4 Tuch A, et al. Observatoire suisse de la santé (Obsan). Structures de soins psychiatriques. Différences régionales dans la combinaison de soins. Bulletin Obsan 03/2024
- 5 Jäggi J, et al. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland (en allemand, avec résumé en français)
- 6 Spiess M, Ruffin R. Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsonomatik. Modelle guter Praxis. socialdesign ag, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 2018 (en allemand, avec résumé en français)
- 7 Patel V, et al. Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. Lancet. 2023; 402(10402): 656-666
- 8 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Avenir de la psychiatrie en Suisse. 2016. Accessible en ligne, consulté le 1.11.2024: https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/RM7gPdbMmrP5/Avenir_psychiatrie_Suisse.pdf
- 9 DGPPN. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. 2024. Accessible en ligne (en allemand), consulté le 1.11.2024: https://www.dgppn.de/_Resources/Per-sistent/5e4a4c12fa547441b1be3adbad82b-57dac17a9d9/20241107_DGPPN_Versorgungsmodell.pdf
- 10 Smith KA, et al. Digital mental health: challenges and next steps. BMJ Ment Health. 2023; 26(1): e300670
- 11 Cornish P. Stepped care 2.0: A paradigm shift in mental health. Cham: Springer, 2020
- 12 DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer; 2019

Pour en savoir plus

Vous trouverez ici les recommandations détaillées pour le développement continu du système de psychiatrie générale :



<https://mew.li/pp3Lkr>

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):

Dr Julien MAILLARD

HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4,
1205 Genève
Né en 1983, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2009 en Suisse
Titre postgrade en Anesthésiologie en 2015 en Suisse

Après avoir suivi ses études de médecin à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2009, il effectue sa spécialisation en anesthésiologie entre les HUG et le CHUV. Spécialiste FMH en anesthésiologie depuis 2015, il est actuellement Médecin Adjoint Agrégé dans le service d'Anesthésiologie aux HUG

Dre Ekaterina Mihajlovna MANOVA

HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4,
1205 Genève
Née en 1980, nationalités Allemande & Russe
Diplôme de médecin en 2007 en Allemagne – Reconnaissance en 2010
Titre postgrade en Anesthésiologie en 2017 en Suisse

Après avoir suivi mes études de médecine à Giessen en Allemagne ainsi qu'un semestre d'études à l'Université

de Lausanne et ayant fait des multiples stages en étranger: en Autriche (Vienne), en Suisse (Martigny) et en Russie (St. Pétersbourg), j'ai obtenu mon diplôme de médecin en 2008 en Allemagne.

Après mon diplôme, j'ai commencé ma formation post-graduée en Suisse, d'abord à l'hôpital cantonal en Valais puis j'ai suivi ma formation aux HUG avec une année externe à l'HFR de Fribourg. Spécialiste en anesthésie, avec titre FMH depuis 2017, je pratique mon métier aux HUG.

Dr Adam NOWOTARSKI

Boulevard Georges-Favon 26, 1204 Genève
Né en 1986, nationalités Polonaise & Canadienne
Diplôme de médecin en 2013 en Pologne
Reconnaissance en 2015
Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie en 2022 en Suisse et de Médecin praticien en 2025 en Suisse

Médecin d'origine canadienne, je bénéficie d'une expérience médicale internationale acquise en Pologne, en France et en Suisse. Après avoir effectué mes études de médecine en Pologne et en France, j'ai suivi une double formation en médecine interne et en psychiatrie à Genève, où j'ai obtenu mon titre de spécialiste FMH en psychiatrie (2022) et mon diplôme de médecin praticien (2025). Je me spécialise en TCC, médecine des addictions et en psychothérapie assistée par psychédéliques, avec une expérience clinique intégrant l'usage de substances telles que la kétamine, la psilocybine et le LSD dans des contextes thérapeutiques.

Parallèlement à mon activité clinique, je termine un doctorat à l'Université de Genève, axé sur l'avancement de la recherche et de la pratique psychiatriques. J'exerce actuellement à temps plein en ambulatoire au centre de Genève, où je combine

psychiatrie fondée sur les preuves et une philosophie de soins centrée sur le patient en trois langues différentes - le français, l'anglais et le polonais.

Dre Elodie ROMAILLER

Hôpital de la Tour, Avenue JD Maillard 3,
1217 Meyrin
Née en 1986, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2013 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2019 en Suisse et en Gastroentérologie en 2023 en Suisse

Après 2 années de formation en Chirurgie, j'ai choisi de me spécialiser en Médecine Interne Générale puis en Gastroentérologie avec obtention des deux titres de spécialiste FMH, respectivement en 2019 et en 2023. Ayant toujours eu un intérêt particulier pour l'endoscopie digestive, j'ai eu la chance de débiter et de compléter une formation en endoscopie interventionnelle dès 2020 sous la supervision du Dr Sébastien Godat au CHUV où j'ai notamment appris à traiter diverses pathologies bilio-pancréatiques et à réséquer les tumeurs superficielles par voie minimalement invasive. Originaire de Genève et habitant la commune de Vandœuvres, je m'installerai en cabinet privé à Genève au printemps 2026.

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Louhai ALWAN

depuis le 15 janvier 2026

Membres passifs

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

Dr Philippe EIGENMANN

dès le 1^{er} janvier 2027

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):

Dre Ana BISHARA

Dr Constantin ISSARIS

Dr Patrick MIRIMANOFF

Dre Ayse Hulya OZSAHIN-BERKARDA

Dre Anne Madeleine RUDHARDT

Dr François SARASIN

au 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 Alessio NATALI

au 31 décembre 2025

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr ABBAS-TERKI Nadji

(Médecine interne générale)

consulte désormais au

2 rue Firmin Massot, 1206 Genève

Dre GAUDRY-MAIRE Daphné

(Psychiatrie et psychothérapie)

consulte désormais

au 4 rue de la Scie, 1207 Genève

Dr MAGISTRIS Michel (Neurologie)

a fermé son cabinet aux HUG,

4 rue Gabrielle-Perret-Gentil,

1205 Genève

Dre MARTI Aurélie

(Psychiatrie et psychothérapie)

consulte désormais

au 1bis J.-D. Maillard, 1217 Meyrin

Dr MEJICANOS GONZALEZ

Mario Roberto

(Médecine interne générale et

Médecine du travail)

consulte désormais au Global Fund,

40 chemin du Pommier,

1218 Grand-Saconnex

Dr MILI Nabil

(Anesthésiologie) consulte désormais

au 1D, Rue Soubeyran, 1203 Genève

Dre SENDERSKY Viktori

(Médecine interne générale)

consulte désormais

au Centre Médical de Rive,

26 Bd Helvétique, 1207 Genève

Dre TOSCANI Letizia

(Médecine praticien & Prévention

et santé publique)

consulte désormais

au 17 rue des Pierres de Niton,

1207 Genève

Dr TSIMPLOULIS Georgios

(Psychiatrie et psychothérapie)

consulte désormais

au 4 rue du Conseil-Général,

1204 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du

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 Pizzoferatto

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