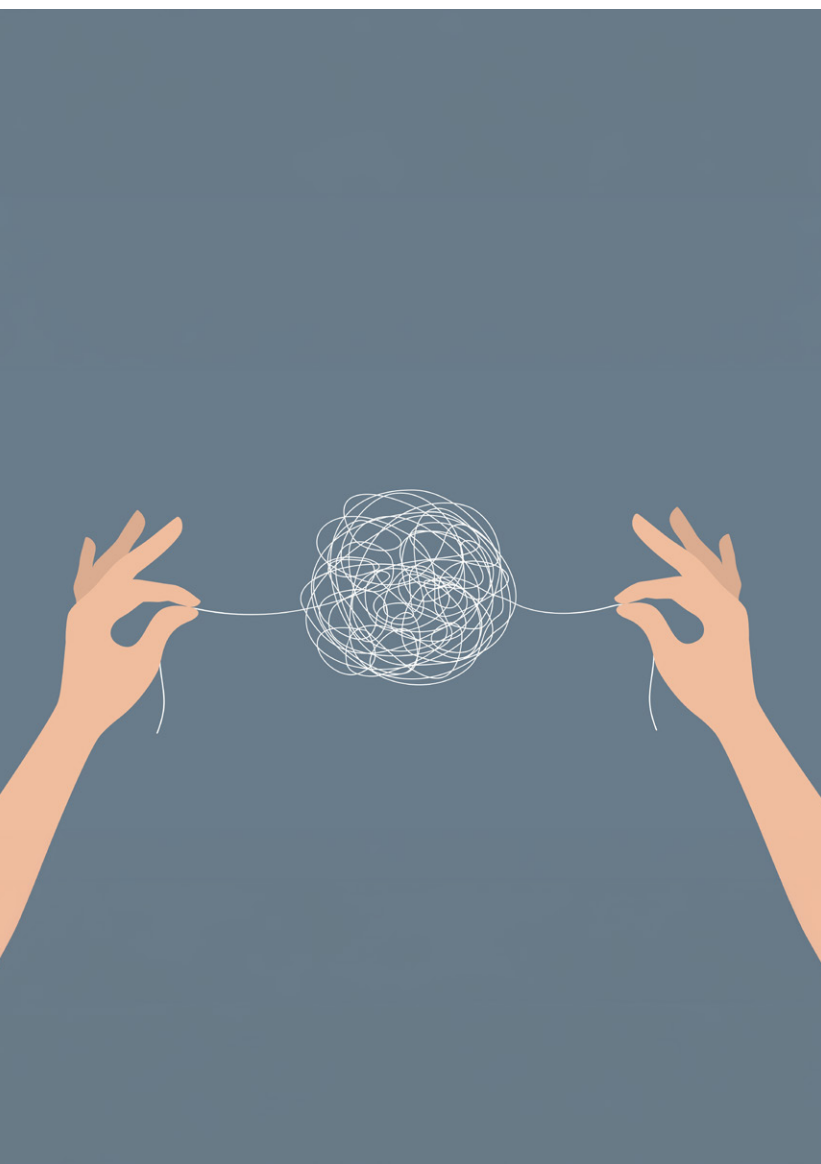


la lettre





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

Pas simple !!

En ce jeudi 5 mars, départ de la gare Cornavin à 14h direction Berne pour une assemblée extraordinaire des délégués de la FMH. Une préséance, prévue à 16h, regroupe les délégués romands, Anouk Osiek Marmier, présidente des médecins fribourgeois, Dominique Bünzli, de ceux du canton de Neuchâtel, Philippe Eggimann, président de la Société médicale de la Suisse romande (SMSR) et membre du comité central de la FMH, et moi-même, afin d'affiner et coordonner notre proposition directement liée aux inquiétudes des médecins de premier recours et soulevées par les débuts de l'utilisation, depuis le 1^{er} janvier 2026, de la nouvelle tarification médicale Tardoc et des futures rémunérations. Le but de la SMSR est clair: «la FMH doit s'engager à garantir le principe fondamental de la valorisation financière de la médecine de premier recours dans l'élaboration et la négociation de tous les concepts de monitoring et de pilotage de la neutralité des coûts et autres plafonds de dépenses imposés et à venir. Cette valo-

risation doit être considérée comme une priorité et défendue de manière unie par toutes les spécialités face aux autres partenaires tarifaires et aux autorités». Après trois heures de débats, de votes, de prises de paroles du département «Tarifs et Prestations» de la FMH, de Médecins de famille Suisse (mfe) et des autres organisations représentées à cette assemblée des délégués de la FMH, le constat est amer après la décision de ne rien décider en ce 5 mars et de reporter, en l'absence de majorité claire et de proposition commune à toutes les spécialités médicales et chirurgicales, à de prochaines séances (assemblée des délégués et Chambre médicale de la FMH), le soutien à la médecine de premier recours, ce qui semble l'évidence. Rien ne freinera la volonté forte et unanime des délégués romands.

Les demandes de corrections et d'améliorations pour 2027 de la structure tarifaire Tardoc et des forfaits ambulatoires à l'organisation tarifaire nationale ambulatoire des fournisseurs de pres-

tations et des assureurs, l'OAAT-OTMA SA, se sont chiffrées à plusieurs centaines, chaque spécialité médicale ou chirurgicale ayant ses propositions précises et le plus souvent pleines de bon sens. Cela conduit à des séances hyper techniques où seuls les représentants des disciplines concernées peuvent s'y retrouver. La dernière séance a eu lieu pendant 3 heures le vendredi 13 mars et a fait le tour de l'ensemble des spécialités concernant à la fois la structure tarifaire elle-même, mais aussi et surtout toutes les corrections et améliorations, spécialité par spécialité, en présence de représentants des médecins et des assurances-maladie. Tout cela est d'une haute spécificité, mais le résultat doit correspondre exactement à notre quotidien, à la médecine que nous effectuons sur le terrain. L'OAAT-OTMA SA est la conjugaison de nombreux intervenants. Chaque organisation y va de ses commentaires et de ses propres intérêts, la FMH pour les médecins, H+ pour les hôpitaux, la CDS pour les 26 gouvernements cantonaux, Prio.swiss pour l'ensemble

des assureurs, mais également la MTK-CTM qui est l'association de coordination des questions de principe pour le droit régissant les activités dans le domaine médical et les tarifs médicaux de l'assurance-accidents obligatoires. Si l'on parle de nos propres représentants, ceux-ci portent la voix de 22'777 médecins ambulatoires, 45 disciplines principales, 52 formations approfondies et 44 formations complémentaires. H+ représente 218 hôpitaux (hôpitaux universitaires, réadaptation, hôpitaux de soins aigus, psychiatrie). On peut mesurer la complexité de ces négociations qui doivent s'inscrire dans un couloir de neutralité de +/- 1.5% avec un système de calcul en cascades qui implique des comparaisons entre régions médicales, puis entre les hôpitaux par rapport aux régions, puis entre les médecins de premier recours et les spécialistes. Difficile donc de prendre des décisions sans avoir des chiffres consolidés par spécialités qui puissent être discutées discipline par discipline et surtout agréés par celles-ci. D'autre part, le processus d'approbation pour la version 2027 de la structure sera remise au Conseil d'administration de l'OAAT-OTMA SA le 27 mars avant un envoi fin avril 2026 au Conseil fédéral pour approbation. Il est essentiel

Si l'on parle de nos propres représentants, ceux-ci portent la voix de 22'777 médecins ambulatoires, 45 disciplines principales, 52 formations approfondies et 44 formations complémentaires. H+ représente 218 hôpitaux (hôpitaux universitaires, réadaptation, hôpitaux de soins aigus, psychiatrie).

que l'autonomie tarifaire fonctionne et que l'on puisse, entre partenaires, éviter la mainmise du Conseil fédéral.

La cohésion du corps médical est souvent malmenée, mais elle est indispensable. « Ensemble, plus forts » ne sont pas de vains mots. Le système de la santé est sous pression. Face à la difficulté de plus en plus importante de la population à payer les primes d'assurances-maladie, à la hausse annuelle des coûts de la santé liée ou non à la démographie et aux progrès techniques, aux récentes attaques sur les franchises d'assurance-maladie minimales, aux procédures sur la valeur du point

tarifaire, à la zone de neutralité de 1.5% imposée par la structure tarifaire, les médecins se doivent d'être unis tant au niveau cantonal qu'à celui national pour défendre à la fois leurs intérêts et leurs visions de la médecine de demain où les prestations seront encadrées et rémunérées par le Tardoc et les forfaits pour les années qui viennent. Bien évidemment, des compromis devront être trouvés entre les différentes organisations et disciplines médicales et chirurgicales au risque que les divisions dans nos rangs ne mènent à un chaos que nos partenaires tarifaires sauront exploiter au mieux. ●

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Santé mentale :

l'écart entre discours et réalité

Ces derniers temps, l'hashtag #santémentale est devenu un véritable sujet médiatique. On le retrouve sur les réseaux sociaux, dans les discours politiques et dans les campagnes de sensibilisation, souvent accompagné de témoignages poignants et de déclarations d'intention ambitieuses. Mais derrière cette visibilité accrue, une question demeure : s'agit-il d'une véritable prise de conscience collective de la souffrance psychique et d'un soutien concret aux patients et aux professionnels qui les accompagnent ? Ou assistons-nous à une banalisation d'un sujet d'importance majeure pour nos sociétés¹ ?

Une détérioration objectivée

Les indicateurs sont préoccupants. En Suisse, environ une personne sur six déclare souffrir d'une détresse psychique significative, et parallèlement, près de la moitié des rentes de l'assurance-invalidité sont attribuées désormais à des troubles psychiques.

Plus frappant encore, une étude danoise publiée dans le Journal of the American Medical Association² estime à 83% la probabilité, au cours d'une vie, de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble mental nécessitant une prise en charge.

Ces chiffres ne sont pas abstraits. Ils se traduisent concrètement par une augmentation massive des demandes de consultation. Trouver un psychiatre ou pédopsychiatre disponible devient souvent très difficile. Les appels désespérés de patients ou des parents désespérés à la recherche d'un premier rendez-vous témoignent de cette urgence quotidienne.

Et pourtant, il nous est régulièrement opposé que les psychiatres seraient trop

nombreux et représenteraient un coût excessif pour le système de santé.

La réalité du terrain

La pratique psychiatrique

Dans une médecine toujours plus technicisée, la psychiatrie demeure profondément ancrée dans la relation humaine, l'écoute et le lien. Comprendre (du latin cum prendre, «prendre avec soi») signifie précisément cela : accueillir l'expérience de l'autre, prendre avec soi une part de sa souffrance pour pouvoir l'élaborer et soigner.

Cette dimension relationnelle ne s'oppose pas à la rigueur scientifique. Au contraire, la psychiatrie doit apprendre à regarder avec «deux yeux» : l'un ancré dans les connaissances théoriques et les recommandations fondées sur les éprouves, l'autre tourné vers la subjectivité du patient, son histoire, ses contingences vitales et sa singularité.

Une telle pratique exige du temps : du temps de formation, indispensable pour faire face à l'immense complexité et singularité des situations cliniques ; du temps de traitement, pour soigner véri-

tablement les patients. Or, ce temps est devenu, depuis une dizaine d'années objet de marchandisation et soumis à des pressions croissantes liées aux logiques des rendement et de maîtrise des coûts.

La souffrance psychique ne peut être réduite à un algorithme ni au simple «management» d'un diagnostic. La double formation en psychiatrie et psychothérapie constitue une garantie essentielle de la qualité des soins : elle permet une prise en charge intégrée, globale, respectueuse de la complexité humaine. Cette spécificité doit être préservée ; réduire les psychiatres psychothérapeutes à des simples évaluateurs ou prescripteurs serait un contresens et un gaspillage considérable de ressources humaines et cliniques.

¹ Par santé mentale, nous entendons ici la définition qu'en donne l'OMS : il ne s'agit nullement des questions de normativité sociale, mais bien d'un enjeu de santé publique.

² Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drugs Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning, Lars Vedel Kessing, DMSc ; Simon Christoffer Ziersen, MSc, Avshalom Caspi PhD et al., JAMA Psychiatry 2023;80;(10):1000-1008

Une meilleure collaboration avec les services hospitaliers et publics, mieux dotés en ressources, est également essentielle. Les soins en santé mentale ne peuvent pas être fragmentés, ils nécessitent une coordination cohérente entre les différents niveaux de prise en charge.

La réalité des patients

La santé mentale ne peut être dissociée des réalités sociales dans lesquelles vivent les citoyens. Parler de burn-out sans interroger les conditions de travail, la pression à la performance, la précarité ou l'isolement social révèle d'une forme d'aveuglement.

Malgré le niveau de prospérité affiché de nombreuses sociétés occidentales, le mal-être psychique s'accroît, favorisant une augmentation significative des troubles mentaux.

Face à cette réalité, les principes d'équité et d'égalité doivent guider l'accès aux soins ; égalité dans les possibilités d'accès, équité dans l'adaptation des traitements aux besoins spécifiques de chacun.

Une politique de santé publique cohérente doit tenir compte de cette diversité des besoins.

Les enjeux politiques

Un soutien et un engagement politique forts sont indispensables. Les arguments strictement financiers ne peuvent primer sur des considérations de santé publique. Investir dans la santé mentale n'est pas une dépense accessoire : c'est un investissement sociétal majeur.

Les décisions politiques doivent intégrer la réalité du terrain et impliquer l'ensemble des acteurs cantonaux dans les processus décisionnels. Les psychiatres psychothérapeutes en cabinet privé constituent la première ligne de prise en charge : ils accueillent

les patients au moment où la souffrance émerge. Élaborer des politiques sans leur concertation est en contradiction avec le rôle qui leur est confié par les autorités sanitaires.

Plusieurs enjeux structurels méritent une attention particulière, dont celui de la clause du besoin. Il va de soi que tous les partenaires du système doivent collaborer à la réflexion et à la mise en

Les psychiatres psychothérapeutes en cabinet privé constituent la première ligne de prise en charge : ils accueillent les patients au moment où la souffrance émerge. Élaborer des politiques sans leur concertation est en contradiction avec le rôle qui leur est confié par les autorités sanitaires.

place des réponses collectives à appliquer. Mais force est de constater que l'on peut difficilement faire plus et mieux avec moins de ressources. La clause du besoin met tout le système encore plus fortement sous tension et les propositions visant à contrecarrer ce manque par d'autres types de réponses (psychiatrie populationnelle, préconisation des soins intégrés) ne devraient pas être instaurées sans la concertation, ni aux dépens, des psychiatres psychothérapeutes exerçant en cabinet privé.

La question de la valeur du point tarifaire dont les discordances n'ont toujours pas été résolues, ainsi que la menace de l'introduction des forfaits constituent un autre enjeu structurel majeur. Le manque d'une reconnaissance financière digne, peu et mal compensé par l'introduction du Tardoc, pèse non seulement sur les professionnels en exercice, mais aussi sur l'attractivité de notre spécialité pour les jeunes médecins, accentuant ainsi une pénurie annoncée. Pénurie qui, malgré certaines velléités, ne saurait pas être compensée par d'autres figures professionnelles.

Le rôle des assurances

Les assurances maladie interfèrent dans les traitements, exerçant leur ingérence en cherchant à imposer des indications thérapeutiques et des durées des suivis davantage guidées par des impératifs financiers que cliniques.

Or, déterminer quel traitement psychiatrique et psychothérapeutique est nécessaire, quelle approche thérapeutique adopter et à quelle fréquence, relève d'un acte médical. Ces indications thérapeutiques doivent être guidées par des critères cliniques et scientifiques, et non par des impératifs financiers de réduction de coûts par patient.

Une logique strictement assurantielle ne peut pas se substituer à une véritable logique de santé.

Déconstruire quelques idées reçues

« Les psychiatres sont trop nombreux »

La réalité est tout autre : une pénurie persistante, particulièrement marquée en pédopsychiatrie. La stigmatisation persistante de la discipline, des conditions de travail exigeantes, la charge émotionnelle du métier et des conditions salariales bien moins intéressantes, limitent l'attractivité de notre spécialité.

La psychiatrie ne constitue donc pas un moteur principal de la hausse des coûts. À l'inverse, l'absence de prise en charge adéquate génère des coûts indirects considérables : arrêts de travail prolongés, invalidité ou désinsertion sociale.

Être psychiatre, ce n'est pas seulement prescrire : c'est porter une responsabilité humaine, clinique et éthique face à des situations souvent complexes et lourdes. C'est un métier riche et fascinant qui doit être reconnu à sa juste valeur.

« La santé mentale coûte trop cher »

Malgré des dépenses de santé élevées en Suisse, la part consacrée à la psychiatrie reste relativement faible en comparaison internationale : environ 3 % des dépenses globales de santé seraient allouées à la santé psychique, contre 8 à 12 % dans plusieurs pays comparables³.

La psychiatrie ne constitue donc pas un moteur principal de la hausse des

coûts. À l'inverse, l'absence de prise en charge adéquate génère des coûts indirects considérables : arrêts de travail prolongés, invalidité ou désinsertion sociale. Investir en amont permet souvent d'éviter des dépenses bien plus importantes à long terme.

« La santé mentale est une question individuelle »

Non, elle est avant tout une responsabilité collective impliquant des choix sociétaux et une collaboration étroite entre médecins, institutions hospitalières, psychologues, autorités politiques, assurances et partenaires sociaux.

Sans coopération ni sans vision commune, le système risque de s'essouffler.

Conclusion

La santé mentale n'est pas un slogan et ne saurait être réduite à une simple tendance médiatique. Elle est le miroir de notre humanité ; tant que nous négligerons la souffrance qui se cache derrière les hashtags, nous continuerons à échouer là où le soin devrait primer.

On ne peut raisonnablement pas exiger des professionnels qu'ils fassent toujours plus, toujours mieux, avec toujours moins. Préserver la qualité des soins en psychiatrie exige du temps, des moyens

et une reconnaissance institutionnelle et politique à la hauteur des responsabilités engagées.

Être psychiatre aujourd'hui, c'est exercer au cœur d'une tension permanente entre urgence et temporalité, entre science et humanité, entre contraintes économiques et responsabilité éthique.

Si la santé mentale est une priorité affichée, elle doit désormais devenir une priorité pleinement assumée. ●

Dre Aitziber Lopez de Lacalle

Spécialiste FMH Psychiatrie et Psychothérapie
Enfants, adolescents, adultes
Co-présidente du Groupe de Psychiatres-Psychothérapeutes Genevois.

3 NHS Benchmarking Network, 2022.



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

Le mois dernier, l'AMGe a...

Dossiers traités

Garde médicale:
- Entretiens médecin cantonal

Tardoc:
- Séance FMH présidents

Honoraires LCA:
- Facturation Asteriks et SWICA
- Échanges et point de situation Asteriks médecine nucléaire
- Échanges facturation Asteriks groupe Mutuel
- 4 séances hebdomadaires – Assura : convention LCA
- 4 séances hebdomadaires avec la société Atipik :
évolution programme de facturation Asteriks
- Clinique générale Beaulieu – anesthésistes et souscription Medicalculis

Beluga:
- 4 séances de travail (04 et 18 février médecine de premier recours/
05 février promotion de la santé et prévention PSP)
- Séance COPIL OCS

Conseil consultatif Pharma 24

LAMAL assurances échanges informations diagnostiques
et protection du secret médical

Séance RUG & Urgences OCS

Séance MPR

Séance Ctésias – statistiques

Revue Médicale Suisse

Rédaction de l'édito de La Lettre

Relations médias : interview TDG

FER Assemblée des présidents d'associations (19.02)

Séance SMSR

AG extraordinaire FMH

Séances et points hebdomadaires avec l'agence
de communication

Séance de travail site web

PharmaGenève échanges président prestations des pharmacies

Commission

Comission quadripartite Office Cantonal de la Santé – OCS :
discussions droit de pratique

Courriers et documents élaborés

total 691

Assurances internationales

Atipik – Questions techniques

Bureau et Conseil

Changements statuts, démissions et décès membres

Commissions et chambre médicale

Conventions Assura-Groupe Mutuel

Ctésias/New Index

Dossiers médicaux

Factures et décomptes médecins

Garde médicale (OCS-HUG-AMGe)

Tardoc:
- Code diagnostic
- Formation

Contrôle de la facturation : pratiques récentes des assureurs
à l'égard des médecins commission d'économicité

Activités des organes et commissions de votre association

3 réunions du BUREAU du conseil

02.02.2026 | 10.02.2026 | 17.02.2026

SUJETS TRAITÉS :

Tardoc:
- Code diagnostic U
- Communication Hirslanden sur code diagnostic U

Garde de médecine interne générale

Programme cantonal du dépistage du diabète en pharmacie

Commissions officielles et Chambre Médicale, liste et représentants

Clinique Générale Beaulieu: anesthésistes

Étude des contenus réseaux sociaux campagne SLMG
mon médecin et moi

1 réunion du CONSEIL

02.02.2026

SUJETS TRAITÉS :

Analyse des objets statutaires du mois de février

Garde médecine interne générale : point de situation

Honoraires LCA : point de situation

SMNHN

1 réunion de la commission de déontologie et de conciliation

18.02.2026

Evénements

02.02.2026

Repas annuel du Conseil

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 La Lettre

Gestion des nouveaux membres, demandes d'adhésion

Publication agenda et newsletters

Annuaire en ligne mises à jour

Envoi des mailings aux membres

Elaboration des attestations pour les membres – Attestations fiscales

Gestion des dossiers médicaux membres retraités

Mise à jour et tenue base de données Atlas

Compilation mensuelle mails, téléphones et courriels

Gestion et facturation des cotisations membres, préparation des cotisations 2026

Commandes Certificats Médicaux et adresses @amge

Newsletter hebdomadaire : compilation du contenu et et publication

Publications agenda

Séances hebdomadaires avec le secrétaire général

Workshop site internet

Commandes et facturation matériel pour les membres

Gestion des différentes boites mails

Analyse des courriers et appels pour statistiques

Communication

Mise en œuvre et suivi des objectifs stratégiques communication 2026

La Lettre de l'AMGe : édition digitale du mois de février

Séance communicants SMSR et FMH

Campagne « Mon Médecin et Moi » initiée par la Société de Médecine Libérale Genève (SMLG)

Organisation d'une visite culturelle destinée aux membres

Assemblées générales 2026 – digitalisation

Revue de presse

Site internet

Rédaction et relais de contenus outils internes & externes

En chiffres

Informatique et sécurité



Assistance & technique

44h35

Projets spéciaux (Assurances LCA, TARDOC, Docteur@home, CARA, Atipik, Atlas) et secrétariat, amélioration logiciel, projet sécurisation digitale AG 2026, résolutions de pannes, analyse phishing, résolution de spams, mises en ligne contenus, création et intégration de divers outils.

360

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



Maintenance et gestion

42h30

Messagerie sécurisée

16h00

Site web

Mails & Téléphones



1'015

Appels entrants

150

Appels sortants



1'342

Mails reçus



1'144

Mails envoyés



285

Contacts membres pour aide du support



1'494

Nouveaux tickets pour le secrétariat



2'238

Échanges de mails suite aux tickets



2'836

Total mails reçus



10'967'424

Mails membres stockés sur la plateforme



17'487

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.

27'715

messages rejetés (spams, virus)

137'069

connexions refusées ou échouées - dont une partie provient des criminels

4'250

tentatives de connexions pour l'adresse la plus attaquée

99

le record de tentatives pour un seul compte provient de 99 pays différents

2'253

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

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



UNE RÈGLE D'OR

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

Calypso ou la dépendance technologique du système de santé suisse

Il n'est de secret pour personne que le système de santé suisse est chahuté de toute part, ployant sous la pression des coûts de la santé, d'impératifs administratifs décuplés et de pénuries de professionnels. Dans la tourmente, les géants américains de la tech viendraient à la rescousse des hôpitaux, les bras chargés d'outils scintillants au service de l'efficacité et de la productivité: systèmes d'information «clés en main» avec interopérabilité mondiale, plateformes de gestion de données confidentielles, IA au service de la médecine personnalisée et d'une ultrapersonnalisation des soins.

La relecture de *L'Odyssée* pousse au scepticisme et à l'introspection face à cette manne providentielle. Souvenons-nous: Ulysse, ayant déclenché la colère de Zeus, affronte une terrible tempête en mer qui coule son navire et fait périr tous ses compagnons. Après des jours d'errance en mer, agrippé à ce qui restait de la quille, il s'échoue sur l'île d'Ogygie, demeure de la nymphe Calypso. L'île est si merveilleuse qu'il n'est pas d'Immortel qui n'aurait eu les yeux charmés, l'âme ravie.¹ Calypso accueille le héros, le soigne et le nourrit d'ambrosie et de nectar; elle lui offre l'immortalité, une vie sans souffrance, l'amour d'une déesse et un paradis matériel... au prix de sa liberté.

Une fois acquises, les merveilles cachent souvent une réalité plus pernicieuse, faite de surveillance, d'hégémonie et de captation cumulative des ressources. Les verrouillages technologiques des systèmes d'information offerts par les géants américains rendent la réversibilité de leur déploiement difficile, réduisant la capacité de négociation future des hôpitaux, leur liberté stratégique et réclament toujours plus de ressources qui viennent grever d'autres budgets déjà amoindris. Aujourd'hui, comme l'explique Bruno Giussani dans *Moins d'Amérique dans nos vies*,² on assiste à la progressive «capture de l'espace public et individuel par les plateformes technologiques et médiatiques», qui a pour corollaire une fragilisation notable

de la «souveraineté numérique», c'est-à-dire «la capacité d'un pays à protéger ses informations et ses infrastructures technologiques» alors que la grande majorité des logiciels comme des serveurs sont implantés ou gérés à partir des États-Unis.

Depuis un an maintenant, l'administration Trump fait quotidiennement ou presque la preuve que les intangibles démocratiques peuvent être pulvérisés. La mise à mal de l'ordre international qui a prévalu depuis 1945, les coups portés au multilatéralisme et les attaques répétées contre la science prennent une ampleur

particulière dans le champ de la santé.³ Dépendre de plateformes étrangères, c'est désormais risquer la perte de souveraineté sanitaire; c'est exposer les données cliniques, les infrastructures hospitalières et la continuité même des soins à des formes de régulation discutables et à des arbitrages

politiques et commerciaux externes de plus en plus volatiles; c'est s'incliner devant l'uniformisation algorithmique des repères et des formes d'autoritarisme lexical ou statistique susceptibles d'exclure malades, programmes de prévention, outils thérapeutiques.

La mythologie grecque nous aide à imaginer une alternative. Ulysse, après avoir goûté sept ans durant aux plaisirs d'Ogygie, commence à dédaigner les charmes de la nymphe. La vie est douce, mais sa servitude lui devient insupportable. Le salut d'Ulysse vient de l'Olympe. Zeus envoie Hermès ordonner à Calypso de le libérer. Dans une ultime tentative, la fille d'Atlas essaye de convaincre le héros de rester auprès d'elle, vantant sa beauté en comparaison de celle de Pénélope. Ce dernier lui répond que son seul vœu est de rentrer en son logis, auprès d'elle, mortelle et vieillissante. Obligé de quitter l'île sur un radeau construit de ses mains, il lui faudra souffrir vingt jours avant d'arriver chez les Phéaciens puis, enfin, à Ithaque.

En matière de santé, de gestion hospitalière comme de gouvernance des données patients, nous devons explorer des voies qui permettent de réduire cette ultradé-

pendance technologique dont l'actualité quotidienne montre qu'elle pourrait avoir des conséquences délétères, voire tragiques sur les savoirs et la science, mais aussi sur la santé de tout un chacun. Pour le système suisse de santé, le salut ne viendra pas des Dieux de l'Olympe. Il nous appartient de prendre notre destin en main. Une réflexion collective et politique autour des menaces existant et des solutions à y apporter s'impose: l'innovation naît de l'échange, d'une pluralité de points de vue et d'une compétition qu'il n'est pas trop tard pour stimuler.

Cette démarche requiert certes courage et lucidité; sa réalisation est semée d'embûches, délicate. Il n'en reste pas moins que, tout comme Ulysse a préféré le retour chez lui et à sa condition de mortel, nos choix doivent se porter vers des systèmes d'information contrôlés par des acteurs soumis à des cadres réglementaires compatibles avec nos valeurs démocratiques. L'excellence suisse dans le domaine du digital, des sciences de données et de l'IA constitue un point d'appui solide à un renforcement de la souveraineté numérique (et sanitaire) nationale.

Construisons notre navire.

1 Homère, *Odyssée*, chant V 51-80. Trad. Victor Bérard. Paris: Gallimard Folio, 1955.

2 Kraft, *La Collection des idées*. Chêne-Bourg: Ed. Georg, 2023.

3 Collectif, «Trump 'annule' les savoirs (en santé), productions-en!», *Le Temps*, 10 octobre 2025. www.letemps.ch/opinions/trump-annule-les-savoirs-en-sante-productions-en

PRE BÉATRICE SCHAAD, PRE LAURENCE MONNAIS ET PR FRÉDÉRIC ERARD

Institut des humanités en médecine
Centre hospitalier universitaire vaudois
Université de Lausanne - 1007 Lausanne
beatrice.schaad@chuv.ch
laurence.monnaiss@chuv.ch
frederic.erard@unil.ch

PR ANTOINE FLAHAULT

Faculté de médecine Xavier Bichat - Inserm
Université Paris Cité - 75870 Paris Cedex 18 - France
Professeur honoraire - Faculté de médecine
Université de Genève - 1211 Genève 4
antoine.flahault@unige.ch

**DÉPENDRE DE
PLATEFORMES
ÉTRANGÈRES,
C'EST RISQUER
LA PERTE DE
SOUVERAINETÉ
SANITAIRE**

CARTE BLANCHE

LES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS SONT DES ACROBATES



Dre Emmanuelle Jung

Av de Champel 24
1206 Genève
emmanuelle.jung@hin.ch

Médecin de premier recours depuis 24 ans, j'en viens à redouter la consultation qui part dans tous les sens. Celle où vous comprenez rapidement que le temps prévu ne va pas suffire, celle où votre esprit doit

atteindre un niveau d'agilité improbable pour en sortir vivant. Madame P. 63 ans vient pour un contrôle. Anamnèse depuis la dernière consultation, plaintes actuelles, discussion sur ses résultats de sang, ses facteurs de risques cardiovasculaires, ses vaccins, son status somatique, c'est le projet. Tout en douceur et en trente minutes. Rapidement, elle sort une feuille avec un listing de questions. Numérotées (la version non numérotée existe aussi). Il y a cette douleur de la région de la hanche qui descend un peu dans la jambe, une douleur insupportable, elle a mal

partout le matin quand elle se lève, elle est comme rouillée, elle perd ses cheveux, sa digestion est compliquée, ses troubles du sommeil s'aggravent, les transpirations nocturnes aussi, et depuis deux jours elle a un mal de tête inhabituel et des vertiges, pas vraiment des vertiges, mais elle ne se sent pas stable ou alors c'est sa vue qui a baissé. Elle a vu sur internet que ça pourrait être une ataxie de Friedreich ou une maladie auto-immune au nom bizarre. Et elle tousse depuis Noël. Vous reprenez votre souffle. Votre cerveau doit passer en

mode d'alerte maximale, il faut prioriser, faire pour chaque symptôme un diagnostic différentiel plausible, continuer à sourire, à prendre des notes et savoir quand placer l'examen physique. Vous vous rappelez qu'au minimum 20 à 30% des examens complémentaires sont superflus, les coûts de la santé sont déjà stratosphériques avant cette patiente, smarter medicine, less is more, ces belles phrases. Vous avez deux options, regarder l'heure et défaillir, ou ne pas regarder l'heure. Rester focus. Décider que le plus important est de comprendre si les maux de tête



© gerttyimages/isrop23

sont inquiétants ou pas, préciser l'anamnèse, faire un examen neurologique complet, se rappeler les guidelines pour les

céphalées. Le tout dans un temps très limité, en sachant que le prochain patient est déjà dans la salle d'attente.

Le problème dans ces consultations, c'est que l'agenda du patient n'est pas le même, ses préoccupations ne correspondent pas aux vôtres. Il veut des réponses à tout, il pense qu'il s'adresse à ChatGPT. La médecine en 2026 ressemble à ça, le besoin de certitude, de réponse et de réparation immédiates. Le médecin doit être performant avant tout. Mais pour le soignant, il y a la complexité de la plainte à analyser, la probabilité d'une maladie grave à évaluer, la gestion de l'incertitude, la prise en charge de tous les paramètres, y compris des coûts. Plusieurs études montrent qu'entre un tiers et la moitié des symptômes exprimés en consultation de médecine

générale n'ont pas de diagnostic précis, ne correspondent pas à une maladie au sens strict, mais sont d'origine fonctionnelle ou liés au vieillissement. Comment fait-on avec ce constat? On l'intègre dans notre raisonnement clinique, on rassure, on tempore? Ou on investigate chaque plainte sans trop de réflexion? Pour ne pas se tromper, mieux dormir la nuit, satisfaire le patient qui sera content d'avoir un médecin si moderne et consciencieux? Complexité, perplexité. Je suis médecin de dernier recours et je comprends pourquoi je suis souvent épuisée en fin de journée.

 **GE-MED**
GENÈVE-MÉDECINS

022 754 54 54

Visites à domicile 24/7

Urgences palliatives

Centre de formation ISFM/FMH



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

02 IDENTIFIER ET COMBATTRE LE RACISME DANS LES SOINS

La Suisse, comme d'autres pays, n'échappe pas au racisme dans le domaine de la santé.¹ Il peut se manifester à plusieurs niveaux : structurel, institutionnel et individuel (interpersonnel ou intériorisé). Dans ce contexte, le racisme, qu'il soit intentionnel ou non, peut être exercé par des professionnel-le-s de santé envers des patient-e-s autant que par des patient-e-s envers des professionnel-le-s. Dans une perspective intersectionnelle, le racisme peut se combiner à d'autres formes de discrimination (genre, classe sociale, statut migratoire) et renforcer les vulnérabilités ainsi que les iniquités de soins.²

* L'IMPACT DU RACISME SUR LA SANTÉ :^{2,3}

- Accès aux soins entravé (sous-estimation de la gravité de maladies en utilisant des algorithmes/technologies biaisés)
- Morbidité et mortalité accrues
- Qualité des soins réduite (consultations plus courtes et moins participatives, banalisation des douleurs)
- Effets psychologiques (anxiété, dépression, stress minoritaire)

TÉMOIGNAGES



« Mes origines influencent-elles les soins que je reçois ? Je pense que oui. J'ai été victime du syndrome méditerranéen. »

Sandra, patiente d'origine mexicaine⁷

« (...) Tout au long de ma formation, j'ai subi [du] racisme, de la discrimination, et des micro-agressions de la part de collègues et patient-e-s... On doit se taire, subir et se réjouir qu'on nous ait donné une chance. »

Médecin femme racisée⁸

QUELQUES CHIFFRES

17%

Part de la population suisse qui affirmait en 2022 avoir subi une discrimination raciale au cours des cinq dernières années, 5% dans le domaine de la santé.¹

38%

L'augmentation des incidents de racisme recensés entre 2023 et 2024.⁵

38/100 score MIPEX

La Suisse est le pays le plus mal classé en Europe en matière de politiques antidiscriminatoires envers les personnes migrantes.⁶

FAIRE FACE AU RACISME DANS LES SOINS

Au niveau institutionnel :

- * **Rendre visible l'engagement antiraciste** (signes distinctifs, chartes)
- * **Former le personnel** à prévenir les biais raciaux
- * **Garantir un accès aux interprètes professionnel-le-s**
- * **Réviser les protocoles/algorithmes cliniques** contenant des biais raciaux
- * **Mettre en place un système de signalement** accessible et sécurisé

Au niveau structurel :

- * **Créer des déclarations sociétales** (ex. Déclaration de Lausanne 2025⁹) définissant des actions antiracistes concrètes
- * **Financer durablement des services d'interprétariat médical**
- * **Soutenir la recherche sur le racisme** et la santé en Suisse
- * **Revoir les curriculums** des professionnel-le-s de santé¹⁰

Au niveau individuel :^{3,4}

- * **Reconnaître le problème :** avoir conscience que nous avons tous-tes des biais risquant de discriminer les personnes racisées
- * **Se questionner :** « Ai-je agi avec cette personne racisée comme avec toute autre ? »
- * **Être systématique :** suivre les protocoles de prise en charge ou les check-lists
- * **Cultiver l'humilité culturelle :** adopter une posture d'ouverture d'esprit, d'humilité et de curiosité, tout en diversifiant ses expériences et apprentissages
- * **Privilegies :** examiner de façon réflexive ses sources de privilèges et leur influence sur la relation de soin

RÉFÉRENCES



1. Le racisme en Suisse : chiffres, faits, mesures à prendre. Service de lutte contre le racisme (SLR), Département fédéral de l'intérieur (DFI), mise à jour mars 2025.

2. Shannon, G., et al. (2022). Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity. *The Lancet*, 400(10368), 205-216. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00495-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00495-8).

3. N'Gassop, J.-B., Morisod, K., Tan, R., Blandinier, E., Grazzioli, V., Bühler, N., Pahlud, B., Dai, K., Bodenmann, P. Racisme dans les soins (partie 1). *Revue médicale suisse* 2024 ; 20 : 2302-6.

4. Blandinier, E., N'Gassop, J.-B., Morisod, K., Grazzioli, V., Bühler, N., Dai, K., Pahlud, B., Bodenmann, P., Tan, R. Racisme dans les soins (partie 2) : Biais implicites. *RMS* 2025 ; 21 : 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.rms.2024.03.003>.

5. Riss, N., Kaya, M. Incidents racistes recensés par les centres de conseil 2024. [Humanrights.ch](https://www.humanrights.ch), Berne 2025.

6. Ciddis Migration Policy Group. Migrant Integration Policy Index. <https://mipex.eu>.

7. Racisme et santé : parlons-en. Semaine d'action contre le racisme 18-24 mars 2024. Ville de Lausanne. Bureau lausannois pour les immigrés (BLI).

8. Dai, K., Boggi, B., Bodenmann, P., & Jox, R. (2025). Swiss physicians' experiences of discrimination in healthcare settings (manuscrit en préparation).

9. Ville de Lausanne - Bureau lausannois pour les immigrés (BLI). Déclaration de Lausanne. Vers une équité dans le domaine de la santé. Recommandations pour lutter contre le racisme structurel et institutionnel, 2025.

10. Bodenmann, P., Hrasnica, F., Prodhom, D., Perrin, E.-M., Ishii, A., Porret, R., Fricker, C., Morisod, K., Sanchis Zozaya, J., Malebranche M.E., Green, A., Bart, P.A. Racisme et pratique de la médecine : éléments pour un apprentissage nécessaire (Racism and the practice of medicine: elements for a required learning). *Revue médicale suisse* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rms.2020.07.001>. PMID: 325207.

5 minutes pour apprendre Notion de futilité en médecine

Dr EMMANUELLE MOHBAT^a, Dr DAVID COSTA MARQUES^a et Pr OMAR KHERAD^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 412-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.951.47972

The concept of futility in medicine

A 79-year-old woman with a history of breast cancer was incidentally found to have a suspicious lung nodule. Though reluctant to accept treatments with disabling side effects, she was persuaded to undergo biopsy after oncologists stressed the low toxicity and potential benefit of EGFR inhibitors. The biopsy confirmed lung adenocarcinoma but caused complications, including pneumothorax and progressive dyspnea, without improving outcome. Her primary wish was to return home and limit hospital exposure, an expectation ultimately unmet. This case underlines the need to respect patient preferences, address cognitive biases like action bias, and reassess interventions through the lens of futility, particularly in geriatric oncology, where broader societal reflection and independent oversight are essential.

VIGNETTE CLINIQUE

Patiente de 79 ans, non fumeuse, avec un cancer du sein traité 35 ans plus tôt, chez laquelle un scanner thoraco-abdominal révèle fortuitement un nodule en verre dépoli centimétrique au lobe supérieur droit. Selon les recommandations de la Fleischner Society,¹ un scanner à 6 mois-1 an est préconisé. Le CT de contrôle montre une augmentation de la taille du nodule initial, l'apparition d'une condensation apicale sous-pleurale du lobe supérieur droit, des adénomégalies médiastinales et de multiples nodules pulmonaires bilatéraux. Un PET-CT révèle un hypermétabolisme de la lésion spiculée du lobe supérieur droit sans hyperfixation des nodules pulmonaires, néanmoins suspects d'une extension secondaire. L'indication à une biopsie à visée diagnostique est posée. La patiente exprime clairement son refus de tout traitement pouvant entraîner des effets secondaires invalidants en cas de diagnostic de tumeur maligne. Elle accepte finalement la biopsie, convaincue par l'équipe d'oncologie qui met en balance le profil de tolérance favorable des inhibiteurs de tyrosine kinase de l'Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR-TKI), en particulier l'osimertinib, et l'espoir d'une efficacité thérapeutique. Une ponction-biopsie transthoracique guidée par scanner est finalement réalisée. La procédure se complique d'un pneumothorax droit qui nécessitera un drainage avec résolution complète. L'examen anatomopathologique confirme un adénocarcinome pulmonaire traité finalement par 8 séances de radiothérapie et osimertinib. Depuis le pneumothorax, la patiente rapporte une dyspnée probablement multifactorielle sur progression de la maladie oncologique et respiration dysfonctionnelle pour laquelle elle bénéficie d'une corticothérapie et de physiothérapie respiratoire.

INTRODUCTION

Renoncer à une prise en charge est une décision parfois difficile à accepter par un professionnel de santé, surtout quand certains examens ont déjà été réalisés (doigt dans l'engrenage) ou par simple biais d'action (il est plus facile de faire quelque chose devant un malade que de ne rien faire). Dans le cas présenté, réaliser une biopsie chez une patiente ayant clairement exprimé un refus de traitement pouvant altérer la qualité de vie en cas de résultat positif soulève la question de la futilité du geste. En médecine, cela décrit le recours à des interventions dont l'efficacité est nulle ou encore la pertinence clinique contestable. La Commission centrale d'éthique de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a publié, en 2021, des recommandations² visant à donner aux professionnels de santé des outils utiles pour appréhender la notion de futilité dans des situations où l'efficacité et/ou le sens clinique sont discutables.

LA NOTION DE FUTILITÉ EN MÉDECINE

La futilité ne fait pas l'objet d'un consensus, et plusieurs définitions coexistent. Selon Schneiderman et coll.,³ on peut distinguer une *futilité quantitative*, correspondant à une probabilité extrêmement faible de bénéfice d'un traitement, et une *futilité qualitative*, désignant un traitement potentiellement efficace, mais au prix d'une dégradation majeure de la qualité de vie. La futilité peut également être abordée sous l'angle de la « physiologie ». Est alors futile une intervention qui ne peut pas, physiologiquement, mener à l'objectif thérapeutique attendu, par exemple, essayer de traiter une hypertension avec des antibiotiques. La futilité physiologique peut également inclure le recours à une intervention qui n'aurait plus de sens pour une situation donnée, par exemple, effectuer une réanimation cardiopulmonaire chez un patient atteint d'un cancer métastatique dépassé. Dans le cas de la patiente, la biopsie vise uniquement à établir un diagnostic, sans perspective thérapeutique initialement acceptable pour la patiente, laquelle ne tenait pas impérativement à savoir s'il s'agissait d'un cancer. Elle est donc futile à la fois physiologiquement, puisqu'aucune action thérapeutique ne devait en découler et qualitativement, puisque les complications du geste ont entraîné une altération marquée de l'état de santé.

L'indication quant à elle peut être définie comme le fait de considérer légitime le recours à un examen ou un traitement dans le but d'atteindre un objectif diagnostique et/ou thérapeutique. Elle est basée sur les données scientifiques, mais une évaluation individualisée est primordiale. Une

^aService de médecine interne, Hôpital de La Tour, 1217 Meyrin/Genève
emmanuelle.mohbat@latour.ch | david.marques@latour.ch | omar.kherad@latour.ch

TABEAU 1

**Recommandations de l'ASSM
appliquées au cas clinique**

ASSM: Association suisse des sciences médicales; EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor; TKI: Tyrosine Kinase Inhibitor.

Recommandations de l'ASSM	Applicabilité au cas clinique
1. Clarification de l'objectif thérapeutique	Notre proposition de prise en charge est explicitement refusée par la patiente qui ne souhaite aucun traitement oncologique susceptible d'entraîner des effets secondaires invalidants si la masse biopsiée s'avérait être un cancer
2. Reconnaissance du «biais» personnel	Était-il difficile pour nous de mettre un terme à un processus diagnostique déjà enclenché, voire de devoir renoncer?
3. Interdisciplinarité	Une discussion interprofessionnelle entre le médecin traitant, le pneumologue et l'oncologue avant la biopsie aurait pu établir une prise en charge plus adaptée à la patiente
4. Approche biopsychosociale de la patiente	Au cours de l'hospitalisation, la patiente exprime son anxiété d'être hospitalisée, de voir des médecins et de subir des radiographies du thorax par crainte d'un nouveau drainage. Un traitement par benzodiazépines est instauré pour pallier l'anxiété de la patiente durant son hospitalisation
5. Prise en compte des valeurs et de la conception du monde de la patiente	Une clarification des valeurs culturelles ou spirituelles de la patiente aurait pu mieux expliquer ses choix et notamment le refus de traitement oncologique
6. Renforcement du dialogue	Dans cette situation, cela aurait peut-être permis de mieux s'accorder sur l'objectif de soin
7. Transparence	La patiente accepte finalement la biopsie motivée par la proposition d'un traitement oncologique oral bien toléré, l'osimertinib. L'oncologue s'appuie sur les résultats prometteurs de l'essai FLAURA ⁴ qui a montré un gain de survie sans progression chez les patients traités par osimertinib vs EGFR-TKI standards (18,9 mois vs 10,2) chez les patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules avancé sans traitement préalable. Cela aurait peut-être éclipsé la contrainte et les risques inhérents à la biopsie elle-même. La patiente ayant clairement exprimé son souhait de rentrer chez elle au plus vite et de s'épargner au maximum les séjours à l'hôpital, les risques liés à la biopsie lui avaient-ils été clairement exposés?
8. Intégration anticipée des soins palliatifs	La patiente a présenté une dyspnée importante d'origine multifactorielle suite au pneumothorax iatrogène. Une prise en charge palliative anticipée, axée sur l'anxiété et la dyspnée, aurait probablement amélioré la qualité de vie de la patiente

intervention scientifiquement indiquée peut donc être considérée comme futile si elle va à l'encontre de la volonté du patient. Ainsi, on peut estimer que la biopsie n'était indiquée que sur le plan scientifique, occultant le souhait de la patiente.

L'ASSM a émis huit recommandations permettant de guider les professionnels de santé dans les cas où l'efficacité ou le sens d'un traitement est discutable. Les items transposables au cas de la patiente sont détaillés dans le **tableau 1**.

RETOUR À LA VIGNETTE CLINIQUE

La patiente a subi une intervention invasive dont elle ne souhaitait pas bénéficier initialement, avec des complications significatives et une hospitalisation prolongée. Elle est à nouveau hospitalisée cinq mois après la biopsie pour une insuffisance respiratoire hypoxémique liée à un épanchement pleural modéré. Après une discussion multidisciplinaire, il est décidé de ne pas réaliser de drainage à visée symptomatique,

d'arrêter le traitement oncologique anti-EGFR et d'axer la prise en charge sur des soins de confort. La patiente décède un mois plus tard à l'hôpital, des suites de la progression de sa maladie oncologique.

Plusieurs éléments auraient pu améliorer sa prise en charge: une définition claire des objectifs de soins avec la patiente, le détail approfondi du rapport bénéfice/risque de la biopsie ainsi que du traitement oncologique qui pouvait en découler, le respect de l'autonomie de la patiente et enfin le questionnement sur d'éventuels biais cognitifs (par exemple, d'action). Dans ce cas, le sens du traitement était discutable et aurait pu justifier de reconsidérer l'indication à la biopsie à travers le prisme de la futilité. Enfin, en intégrant une dimension financière, la notion de futilité, particulièrement en oncologie gériatrique, doit s'inscrire dans une discussion sociétale. Un arbitrage indépendant est nécessaire pour juger de la pertinence du remboursement de certains actes, parfois médicalement inappropriés.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré ne pas avoir utilisé l'IA pour la rédaction de cet article.

ORCID ID:

E. Mohbat: <https://orcid.org/0000-0002-7413-7240>

D. Marques: <https://orcid.org/0009-0001-6366-4459>

O. Kherad: <https://orcid.org/0000-0002-6003-0776>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les préférences du patient doivent toujours être discutées et documentées avant toute procédure diagnostique, en particulier lorsque les possibilités thérapeutiques sont incertaines ou non souhaitées par le patient.
- Il est essentiel de s'assurer que le geste envisagé aura un impact réel sur la prise en charge thérapeutique ou que le patient exprime le souhait d'être informé du diagnostic.
- En cas de refus de traitement, l'utilité d'un diagnostic invasif doit être réévaluée à la lumière du contexte global de soins. Le respect de l'autonomie du patient prévaut sur une logique strictement biomédicale, même face à des recommandations standardisées.
- Les guidelines, comme celles de la Fleischner Society, doivent être contextualisées et jamais se substituer à une évaluation individualisée et éthiquement informée.

SOUMETTRE UN CAS

Soumettez un cas traitant d'un incident ou potentiel incident (near miss en anglais) faisant suite à un acte médical éventuellement inapproprié, pour le format, merci de vous référer au site de la RMS: www.revmed.ch/publier-dans-la-revue/rubriques-de-la-revue. Les textes sont à envoyer à : omar.kherad@latour.ch.

1 MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology. 2017 Jul;284(1):228-43.

2 **Ineffectiveness and unlikelihood of benefit: dealing with the concept of futility in medicine. Swiss Med Wkly. 2021 Dec 22;151(5152):w30121.

3 Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 1990 Jun 15;112(12):949-54.

4 Soria JC, Ohe Y, Vansteenkiste J, et al. Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2018 Jan 11;378(2):113-25.

** à lire absolument

Repenser le système de santé vers un modèle plus durable ?

Cette année encore, l'épidémie de grippe relance le débat sur la surcharge des services d'urgences (SU). Fin décembre 2025, le président de l'Académie suisse des sciences médicales propose, entre autres, pour les désengorger, que les médecins soient accessibles en dehors des horaires de consultation (tôt le matin, tard le soir, le week-end). La proposition, sortie du contexte global des propos, suscite des réactions. Le directeur de l'Institut de médecine de famille de l'Université de Fribourg y voit une fausse bonne idée.¹ Dans un contexte de pénurie médicale, on ne peut pas demander de faire plus. Sur le réseau LinkedIn, des urgentistes alimentent la controverse. La crise est multifactorielle, c'est le système de santé qu'il faut réformer. L'an dernier, le président de la Société de médecine neuchâteloise soulignait que les alternatives aux SU (gardes médicales) étaient sous-utilisées. Il proposait de revoir l'organisation et le financement du système, et de ne pas demander de faire plus avec moins.²

Repenser le système vers un modèle durable ? Plusieurs voix suggèrent qu'il n'y aurait pas forcément besoin de faire plus, mais plutôt de faire mieux en coordonnant l'existant. Afin de sortir de l'hospitalocentrisme, le développement de réseaux de soins intégrés semble une option séduisante. Ils correspondent à des organisations structurées centrées sur les besoins d'une population. Ils regroupent des professionnels de santé et/ou des établissements de santé qui travaillent ensemble, en partageant des ressources, afin d'offrir des parcours de soins continus. Ils visent à réduire les coûts de la santé, les doublons ou les ruptures de soins susceptibles de conduire aux SU. Les retours d'expériences internationales rapportent des résultats intéressants sur l'amélioration de l'accès et de la qualité perçue des soins,^{3,4} mais aussi la complexité de leur mise en œuvre.

L'émergence de tels réseaux a fait débat en Suisse.^{5,6} Ils sont perçus comme

risqués lorsqu'ils sont pilotés par des acteurs privés ou des assurances (atteinte à l'indépendance médicale, au libre choix du médecin, à la protection des données). C'est pourtant le virage assumé que tente de prendre l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC). Né en 1999 de la fusion de 3 hôpitaux menacés de marginalisation face aux géants universitaires, il est devenu un acteur incontournable au-delà de ses murs sur son territoire. Il se développe en réseau avec un système d'information commun et regroupe aujourd'hui plus de 30 cabinets médicaux et 3 permanences. Il propose à l'échelle régionale des alternatives aux SU avec un accès facilité (médecin de famille ou de permanence, télémedecine, consultations spécialisées). Ces options bénéficient de campagnes de communication soutenues visant à orienter (ou réorienter) le patient vers le bon lieu

au bon moment. Cela suppose un effort conjoint d'information, de lisibilité et de confiance, tant pour les professionnels que pour la population. Fin 2024, l'EHC annonce un partenariat avec un assureur pour mieux cibler les besoins des patients.⁷ L'association avec 4 autres hôpitaux de Romandie (réseau bleu) pose une nouvelle pierre dans la mutualisation des ressources et la maîtrise des coûts.⁸

Il est trop tôt pour mesurer l'effet réel du réseau. Son développement s'inscrit dans une temporalité longue. L'impact sur le recours aux SU ne peut pas être établi, mais la dynamique pour tenter de le contrer est engagée. Le succès dépendra de la volonté de chacun à collaborer dans des parcours patients shuntant le passage aux SU. Malgré ces incertitudes, d'autres ont pris la même direction. Le Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique et le réseau Delta ont annoncé une union afin de créer une région de santé.⁹ Ces démarches laissent entrevoir une transformation de la réponse sanitaire, où les SU ne seraient plus la porte d'entrée par défaut de toutes les urgences, ressenties ou réelles, vitales ou non. Ils pourraient ainsi se recentrer sur la gestion des situa-

tions vitales et de celles nécessitant un accès immédiat au plateau technique hospitalier.

**PAS FORCÉMENT
BESOIN DE FAIRE
PLUS, MAIS
PLUTÔT DE FAIRE
MIEUX EN
COORDONNANT
L'EXISTANT**

- 1 Radio Télévision Suisse (30.12.2025). Les médecins généralistes doivent-ils être plus disponibles pour désengorger les urgences ? Interview de Pierre-Yves Rodondi. www.rts.ch/play/tv/forum/video/les-medecins-generalistes-doivent-ils-etre-plus-disponibles-pour-desengorger-les-urgences-interview-de-pierre-yves-rodondi-video?urn=urn:rtss:video:680a9a13-3fec-3665-b27c-a92a9ab3a80f (dernier accès le 4.01.2026)
- 2 Bünzli D. Urgences débordées : ce n'est la faute ni des médecins en cabinet ni des patients ! Rev Med Suisse. 2025 Feb 5;21(904):251.
- 3 Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. Healthc Q. 2009;13 Spec No:6-15.
- 4 Baxter S, Johnson M, Chambers D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res. 2018 May 10;18(1):350.
- 5 Boudry JF, Bünzli D, Rilliot J, Studer JP, Villard G. Managed care ou réseau de soins intégré. Rev Med Suisse. 2010 Sep 29;6(264):1838-9.
- 6 Raetz MA. Soins intégrés: la solution pour notre système de santé ? Rev Med Suisse. 2022 Nov 30;18(806):2308.
- 7 Radio Télévision Suisse (10.09.2024). Un réseau de soins intégrés lancé dans le canton de Vaud dans un contexte de hausse des primes. www.rts.ch/info/regions/val-de-romandie/2024/article/un-reseau-de-soins-integres-lance-dans-le-canton-de-vaud-dans-un-contexte-de-hausse-des-primes-28625553.html (dernier accès le 4.01.2026)
- 8 Réseau bleu (23.09.25). Communiqué de presse. www.ehc-vd.ch/fileadmin/user_upload/EHC_website_document_press_release_22092025.pdf (dernier accès le 4.01.2026)
- 9 GHOL et Réseau delta (11.12.2025). www.ghol.ch/jcms/fr/navigation/actualites-evenements/offre-de-soins-ghol-et-reseau-delta-un-partenariat-pour-mieux-soigner-et-prevenir-dans-la-region-p-527551.html (dernier accès le 4.01.2026)

DR THOMAS SCHMUTZ ET SÉBASTIEN VIX

Urgences
Ensemble hospitalier de la Côte
1110 Morges
thomas.schmutz@ehc.vd.ch
sebastien.vix@ehc.vd.ch

DR MIKAEL DE RHAM

Direction générale
Ensemble hospitalier de la Côte
1110 Morges
mikael.derham@ehc.vd.ch

Comment l'intelligence artificielle peut-elle améliorer la prévention cardiovasculaire?

Dr ANDREI ALEXANDRU MIRCEA^{a,b}, Dr EMMANUEL ABBÉ^c, Dre ADÈLE MACKOWIAK^b, Pr BARIS GENCER^b,
Dr DIDIER LOCCA^{d,e}, Pre MURIELLE BOCHUD^a et Pr DAVID NANCHEN^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 426-31 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.952.48372

L'intelligence artificielle (IA) n'est plus seulement un terme à la mode. Elle devient une partie intégrante de notre vie quotidienne et de notre pratique médicale. Grâce aux avancées majeures des 5 dernières années, l'IA ouvre de nouvelles voies pour aider à améliorer la prévention cardiovasculaire. Cet article en détaille deux aspects: a) aider le patient à gérer ses facteurs de risque cardiovasculaire et son éducation médicale de manière plus autonome et b) aider les cliniciens à améliorer les pratiques de prévention. Les montres intelligentes (smatwatches) et les modèles de langage font déjà partie du quotidien, tandis que les scores cliniques utilisant le machine learning et des données complexes et nombreuses telles que celles produites par la génomique nécessitent encore des étapes de validation avant d'atteindre une utilité clinique démontrée.

How will artificial intelligence improve cardiovascular prevention?

Artificial intelligence (AI) is no longer just a passing trend. It is slowly becoming an integral part of our daily lives and our medical practice. AI opens new avenues for improving the cardiovascular prevention field. This article describes two viewpoints: a) how AI helps the patient to manage his/her cardiovascular risk factors and to educate himself/herself and b) how AI helps clinicians to improve their clinical practice. The day-to-day clinical practice already integrates smartwatches and large language models. Meanwhile, risk scores using machine learning and genetic data are still in the validation process.

INTRODUCTION

L'intelligence artificielle (IA) est devenue une «catchphrase». Ce terme a été tellement répété qu'on en a oublié le sens réel. Il infiltre pourtant tous les domaines de la médecine non sans conséquences visibles. Certaines personnes utilisent Chat-GPT en lieu et place de leur psychothérapeute, au vu d'études montrant qu'il est perçu comme plus empathique.¹ La recherche est également impactée puisque plusieurs journaux

scientifiques commencent à utiliser l'usage de l'IA pour réviser les publications.²

L'IA s'infiltre aussi dans la prévention cardiovasculaire, par exemple pour aider les patients à gérer les facteurs de risque cardiovasculaire et renforcer leur éducation en santé. L'article discute des applications de l'IA que les patients et les cliniciens utilisent en prévention cardiovasculaire, et ébauche les perspectives de l'IA à court terme pour la prévention (tableau 1).

OUTILS CONNECTÉS POUR LA PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

Montres intelligentes

Les principaux dispositifs de mesure intelligents permettent le suivi des données de santé telles que la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la quantité et la qualité du sommeil (incluant les phases de sommeil paradoxale – REM),

TABLEAU 1		Définitions des termes du domaine de l'intelligence artificielle
Machine learning (ML)		Domaine qui utilise des algorithmes apprenant à effectuer des tâches et des prédictions à partir de données (classifier, faire des régressions, trouver des modèles dans les échantillons)
Deep learning		Sous-domaine du ML, basé sur des réseaux de neurones «profonds», permettant d'apprendre des représentations à partir des données
Intelligence artificielle (IA)		Ensemble des techniques et technologies computationnelles visant à créer des machines capables d'effectuer des tâches nécessitant habituellement l'intelligence humaine
Large language model		Modèle qui apprend et génère le langage
Retrieval augmented generation		Technique qui se base sur l'intégration de textes donnés pour générer le langage
Support vector machine		Méthode supervisée de ML pour faire une régression ou une classification
User interface		Éléments audiovisuels d'un logiciel ou dispositif avec lequel l'utilisateur interagit
Edge artificial intelligence		• Système d'information local qui s'adapte sur feedback • Exécution de l'IA directement sur l'appareil périphérique pour une décision rapide et locale
Distributive artificial intelligence		• Système d'information dans le «cloud» (en ligne) qui s'adapte sur feedback • Système d'IA où des agents autonomes collaborent et se coordonnent pour atteindre un objectif commun

^aCentre de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne, ^bDépartement de cardiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cInstitut de mathématique et des sciences computationnelles, École polytechnique fédérale de Lausanne, 1015 Lausanne, ^dCentre cardiovasculaire du Grand Chêne, Rue du Grand-Chêne 8, 1003 Lausanne, ^eQueen Mary University London, William Harvey Institute, Mile End Road, London E1 4NS, United Kingdom
andrei-alexandru.mircea@chuv.ch | emmanuel.abbé@epfl.ch | adèle.mackowiak@chuv.ch
baris.gencer@chuv.ch | dlocca@cvtl.ch | murielle.bochud@unisante.ch
david.nanchen@unisante.ch



Articles publiés
sous la direction de

NICOLAS RODONDI

Médecin-chef
Policlinique médicale
Clinique universitaire
de médecine interne
générale
Hôpital de l'île

Directeur
Institut de médecine
de famille de Berne
(BIHAM)
Université de Berne

DAVID NANCHEN

Consultation de
prévention
cardiovasculaire
Département
promotion de la
santé et prévention
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique
Unisanté, Lausanne

Comment améliorer la qualité des soins en freinant l'augmentation des coûts?

Pr NICOLAS RODONDI et Pr DAVID NANCHEN

Rev Med Suisse 2026; 22: 423-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.952.48352

Les propositions pour freiner l'augmentation des coûts de la santé sont nombreuses, mais ont de la peine à convaincre la majorité des acteurs et la population. Avant d'aborder de possibles solutions, il y a quelques enjeux majeurs qui impactent l'évolution du système de santé.

- La pénurie des professionnels de santé est un problème crucial, qui va encore s'accroître. Par exemple, les médecins de famille suisses ont en moyenne 55 ans, sans relève suffisante, malgré les 31% de nouveaux médecins de famille formés à l'étranger. De plus, l'épuisement des professionnels de santé et la crise de sens dans les soins mettent en danger la durabilité du système.
- L'interprofessionnalité doit être renforcée pour répondre aux besoins complexes des patients.
- Le nombre de personnes âgées augmente rapidement, avec un doublement de celles ≥ 80 ans d'ici 20 ans. Parmi les plus de 65 ans, deux tiers sont multimorbides, c'est-à-dire souffrant de ≥ 2 maladies, ce qui augmente la complexité des soins.
- L'augmentation des coûts menace la durabilité du système de santé, avec un risque d'un rationnement des soins.¹
- Le transfert des soins vers l'ambulatoire va fortement augmenter la part de ces soins.

Quelles actions concrètes pouvons-nous faire pour répondre à ces enjeux?

- Face à la pénurie des professionnels de santé, le renforcement de la médecine de famille (MF) sera essentiel, notamment pour la coordination des soins des patients multimorbides, comme le rapport de l'Académie suisse de médecine de famille l'a proposé avec des actions nécessaires à différents niveaux.²
- En prégradué: renforcer le mentorat en MF et les stages dans ce domaine pour tous les étudiants, et également l'ensei-

gnement et la recherche, sachant que cela augmente l'attractivité d'un domaine.

- En postgradué: augmenter les places d'assistantat au cabinet, créer de postes de chefs de clinique en MF, ou encore renforcer les formations interprofessionnelles.

Face à l'augmentation des personnes âgées multimorbides, le plus souvent exclues des études randomisées,³ il faudrait réduire les

soins de basse valeur qui n'apportent aucun bénéfice pour les patients, mais seulement des effets secondaires. La principale initiative dans ce domaine en Suisse est les listes «Top 5» de prises en charge à éviter pour diminuer ces soins de basse valeur que l'association «smarter

L'ÉPUISEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MET EN DANGER LA DURABILITÉ DU SYSTÈME

medicine» a développées avec les sociétés de spécialités médicales.⁴ Cet effort a récemment été reconnu au niveau fédéral, avec la publication du rapport de la «table ronde sur la maîtrise des coûts de la santé» d'octobre 2025 sous la direction de la Conseillère fédérale E. Baume-Schneider. Bien que le but principal de «smarter medicine» soit d'améliorer la qualité en diminuant ces soins inutiles, cette réduction peut indirectement contribuer à freiner les hausses des coûts. Parmi les mesures recommandées dans ce rapport, il y a l'extension à d'autres sociétés de discipline médicale des listes «Top 5», une meilleure information de la population, des patients et des professionnels de la santé sur les soins de basse valeur et l'intégration de la «smarter medicine» dans les contrats de qualité.

Malheureusement, en parallèle de ces initiatives, l'évolution de certaines recommandations pourrait entraîner une augmentation des soins sans bénéfice clair pour les patients. Par exemple, le Groupe suisse lipides et athérosclérose (GSLA) recommandait il y a quelques années des mesures de style de vie sans médication pour une large proportion de la population à bas risque, définie par un

Bibliographie

1
— www.samw.ch/fr/Projets/Apercu-des-projets/Systeme-de-sante-durable.html. Available from: www.samw.ch/fr/Projets/Apercu-des-projets/Systeme-de-sante-durable.html.

2
— [www.unifr.ch/med/imf/fr/assets/public/images/Research/Primary%20care%20physicians%20in%20Switzerland%20State%20of%20play%20and%20future%20directions%20SAFMED%202023%20\(1\).pdf](http://www.unifr.ch/med/imf/fr/assets/public/images/Research/Primary%20care%20physicians%20in%20Switzerland%20State%20of%20play%20and%20future%20directions%20SAFMED%202023%20(1).pdf)

3
— Aeshbacher-Germann M. Lipid-lowering trials are not representative of patients managed in clinical practice: a systematic review and meta-analysis of exclusion criteria. J Am Heart Assoc. 2023 Jan 3;12(1):e026551. DOI: 10.1161/JAHA.122.026551.

4
— Disponible sur: www.smartermedicine.ch/fr.

Bibliographie

5

Rodondi N, Weber G. Dyslipidémies: comment utiliser les nouvelles recommandations au cabinet médical. Editorial. Swiss Med Forum, 2018.

6

Mach F, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025 Nov 7;46(42):4359-78. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf190.

7

Chiolero A, Rodondi N. Pour un conseil de santé scientifique et indépendant. LE TEMPS. 2.4.2025.

8

santé, H.A.d., Haute Autorité de santé (HAS). www.has-sante.fr/

9

(IQWiG), I.f.Q.a.E.i.H.C., Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung

10

Wieseler B, et al. New drugs: where did we go wrong and what can we do better? BMJ 2019 Jul 10;366:j4340. DOI: 10.1136/bmj.j4340.

11

Brinkhuis F, et al. Added benefit and revenues of oncology drugs approved by the European Medicines Agency between 1995 and 2020: retrospective cohort study. BMJ. 2024 Feb 28;384:e077391. DOI: 10.1136/bmj-2023-077391.

12

Salari P, et al. Cost-effectiveness of a structured medication review approach for multimorbid older adults: within-trial analysis of the OPERAM study. Plos One, 2022.a

risque cardiovasculaire (CV) < 10% sur 10 ans.⁵ Depuis 2024, ce seuil a été abaissé à < 5% sur le site du GSLA, puis, en septembre 2025, la Société européenne de cardiologie a recommandé de considérer un médicament si le LDL est $\geq 3,0$ mmol/l même si le risque est < 2%⁶ (nouvelle catégorisation d'un risque bas). Comme le taux de LDL-c en Suisse est d'environ 3,4 mmol/l, cette recommandation pourrait engendrer un traitement chez une grande partie de la population et une bithérapie chez de nombreuses personnes âgées, vu que 10% ont un LDL $\geq 5,0$ mmol/l. Bien qu'une plus large prescription médicamenteuse pourrait théoriquement réduire les événements CV, cela vaut la peine de se poser la question du rationnel de ces changements. Ces dernières années, plusieurs études randomisées ont été conduites, surtout avec de nouveaux traitements, mais essentiellement dans des populations en prévention secondaire ou à haut risque, alors qu'il n'y a pas eu de grandes études randomisées chez les personnes à bas risque, notamment celles avec un risque CV < 10%. Il n'y a donc pas de preuve claire d'un bénéfice sur la prévention des événements CV dans cette population, d'autant plus qu'aucune étude randomisée n'a comparé une statine versus des mesures de style de vie intenses dans ce domaine.

Pour aller plus loin dans la réduction des soins de basse valeur, d'autres initiatives sont nécessaires, comme par exemple la création d'un conseil de santé scientifique indépendant récemment proposé pour les Prs Arnaud Chioléro et Nicolas Rodondi.⁷ Cette instance aurait pour tâche d'évaluer l'efficacité des prestations de santé, en particulier des nouvelles indications et interventions, et de formuler des propositions visant à limiter les prestations à basse valeur sans bénéfice avéré pour les patients. Actuellement, la Suisse ne dispose pas d'une autorité indépendante à même de se prononcer sur l'efficacité des prestations de soins et leur impact. L'avantage d'un tel conseil sans conflit d'intérêts est qu'il permettrait de limiter les influences politiques et économiques sur l'évaluation et de mettre la science au cœur du système de santé. Des modèles comparables existent déjà à l'étranger, notamment en France⁸ et en Allemagne.⁹ Par exemple, cette instance en Allemagne a évalué l'impact des nouveaux traitements souvent très onéreux: par rapport aux traitements existants, > 50% des nouveaux médicaments n'apportaient pas de bénéfice

supplémentaire et < 25% un bénéfice supplémentaire important.^{10,11} Cet exemple illustre la nécessité d'avoir une évaluation indépendante des traitements et de leurs indications, afin de privilégier ceux qui apportent vraiment un bénéfice aux patients.

Dans le futur, il faudrait aussi mieux investiguer comment implémenter les mesures proposées par l'OCDE pour limiter les dépenses de santé «gaspillées» qui pourraient représenter jusqu'à 20% des coûts. Concernant la nécessité de mesurer et réduire les soins de basse valeur, un projet européen sur la pharmacie chez les patients âgés multimorbides a permis une réduction des coûts de santé de 3588 CHF par patient sur 1 an, en diminuant les prescriptions inappropriées et leurs conséquences, tout en améliorant leur qualité de vie.¹² Si on étendait cette mesure à une large population, on pourrait obtenir des économies substantielles, par exemple, 233 millions/an de réduction des dépenses de santé en extrapolant au canton de Vaud.

Dans les autres initiatives, il est important de diminuer les coûts administratifs qui n'ont pas de bénéfice pour les patients, favoriser le partage d'informations par l'e-health et la «value-based healthcare», dans lequel les soins avec un bénéfice démontré pour les patients sont favorisés.

En conclusion, face aux nombreux défis du système de santé, le potentiel de réduction des soins de basse valeur semble très grand, mais il n'y a malheureusement pas de solution simple, ce qui engendre qu'il y a peu d'échos dans la sphère politique, alors qu'il s'agit d'une des seules mesures permettant de garder la très haute qualité du système de santé suisse et d'utiliser les budgets de santé pour vraiment améliorer la santé de la population!

Conflit d'intérêts: Le Pr Rodondi est le Président de l'association Smarter Medicine – Choosing Wisely Switzerland. Certaines études mentionnées ont été financées par le programme européen Horizon 2020, le gouvernement suisse (SEFRI) et le Fonds national suisse de la recherche scientifique. Le Pr Nanchen est membre du Groupe suisse lipides et athérosclérose (GSLA) de la Société suisse de cardiologie.

Remerciements: les auteurs remercient le Pr Arnaud Chioléro pour ses propositions sur une précédente version de ce texte.

LIMITER LES
INFLUENCES ET
METTRE LA
SCIENCE AU CŒUR
DU SYSTÈME DE
SANTÉ

Extrait DOC le rendez-vous des médecins vaudois



Entretien

Dr Marco Sieber : « J'étais beaucoup plus stressé en tant que médecin que comme astronaute »

Pilote privé, parachutiste militaire et médecin urgentiste pour Air Glaciers : la conquête du ciel n'est pas nouvelle pour Marco Sieber. Astronaute en formation et deuxième Suisse à intégrer le programme très sélectif de l'Agence spatiale européenne (ESA), il se prépare aux États-Unis et en Europe, en attendant une mission d'ici 2029. Habillé à la fois d'une blouse blanche et d'un scaphandre, il incarne l'idée que la médecine peut ouvrir des trajectoires inattendues. Entretien.



Avant l'espace, il y a eu la médecine. Qu'est-ce que ce métier vous a apporté?

La médecine m'a attiré très tôt: la diversité qu'elle offre me plaît énormément. Au cours de ma formation, j'ai exploré la chirurgie, les urgences et l'anesthésie. J'ai découvert que j'aimais intervenir concrètement, poser des gestes techniques précis, mais aussi travailler en équipe et rencontrer des patient-es et des collègues issu-es de tous les horizons. Finalement, je me suis orienté vers l'urologie, qui offrait pour moi un bon équilibre entre les aspects techniques, chirurgicaux et la relation avec les patient-es. La dimension humaine reste centrale pour moi: accompagner des personnes à travers la maladie donne du sens à mon travail.

Y a-t-il des aspects du monde médical qui ne vous manqueront pas?

Le climat hospitalier parfois difficile. J'ai été confronté à des luttes de pouvoir, à des conflits, à une forme de compétition qui n'est pas toujours constructive. La bureaucratie est aussi très pesante. Elle me semble souvent inefficace et davantage orientée vers l'optimisation de la facturation que vers le bénéfice direct pour les patient-es. Lorsque l'on voit, dans les médias, des soignant-es surchargé-es, peu valorisé-es et parfois malheureux ou malheureuses, cela interroge sur le fonctionnement global du système de santé.

<https://www.svmed.ch/doc-mag/jetais-beaucoup-plus-stresse-en-tant-que-medecin-que-comme-astronaute/>

Doc #17 - Hiver 2026

Ce contenu peut être utilisé dans un cadre privé ou pour la formation postgraduée et continue. Toute autre utilisation est subordonnée à l'autorisation écrite préalable de la Société Vaudoise de Médecine (SVM), editrice et détentrice exclusive des droits.



Lire l'article en entier

Pharmacie hospitalière

La situation actuelle n'est pas tenable

Les pénuries de médicaments constituent un problème majeur pour la sécurité de l'approvisionnement des patientes et des patients en Suisse. Les causes de ce phénomène sont multiples. Une initiative populaire fédérale entend mettre la Confédération face à ses responsabilités et exige une amélioration durable de l'approvisionnement en médicaments.



Christoph R. Meier
Prof., pharmacien-chef,
Hôpital universitaire
de Bâle; professeur de
pharmacie clinique et
d'épidémiologie, Dé-
partement des
sciences pharmaceu-
tiques, Université de
Bâle

Pendant les fêtes de fin d'année, j'ai été contacté par le service obstétrique de l'hôpital où je dirige la pharmacie hospitalière. L'équipe cherchait désespérément du misoprostol pour le déclenchement des accouchements. Le médicament était temporairement en rupture d'approvisionnement, et les stocks du service étaient presque épuisés. En mobilisant nos dernières ressources en personnel, certaines collaboratrices et certains collaborateurs de la pharmacie hospitalière étant en congé bien mérité, d'autres en arrêt maladie, nous avons pu proposer la fabrication d'une préparation magistrale afin de pallier cette pénurie. Un cas isolé? Loin de là: il s'agit malheureusement aujourd'hui d'une situation quasi quotidienne, tant à l'hôpital que dans le secteur ambulatoire.

Fréquence des pénuries de médicaments

À l'Hôpital universitaire de Bâle, nous sommes confrontés en moyenne à quelque 75 pénuries de longue durée, soit environ 5% de l'ensemble des médicaments figurant sur notre liste. Sur une année, entre

300 et 400 préparations sont concernées, certaines à plusieurs reprises, si bien que lors des années les plus critiques, plus de 500 ruptures d'approvisionnement individuelles peuvent être observées (cf. graphique). Contrairement à l'idée répandue selon laquelle seules quelques préparations « exotiques » seraient touchées, les pénuries concernent pratiquement toutes les catégories de médicaments, toutes les gammes de prix, toutes les formes galéniques et tous les fabricants. Il est parfois possible de remplacer un médicament original indisponible par un générique équivalent ou par un produit importé de l'étranger. Le plus souvent, toutefois, la réalité est bien plus complexe: traitements urgents et vitaux, substances difficilement substituables, pénuries à l'échelle mondiale.

Aucune solution simple et unidimensionnelle n'existe face à la complexité et au caractère multifactoriel du problème.

Le Dr Enea Martinelli, pharmacien-chef des hôpitaux d'Interlaken, tient depuis plusieurs années une liste en ligne des médicaments concernés par des pénuries (www.drugshortage.ch). Par ailleurs, de plus en plus d'entreprises informent désormais de manière proactive leurs hôpitaux clients de l'état de leurs stocks et de leur capacité de livraison. Ces initiatives

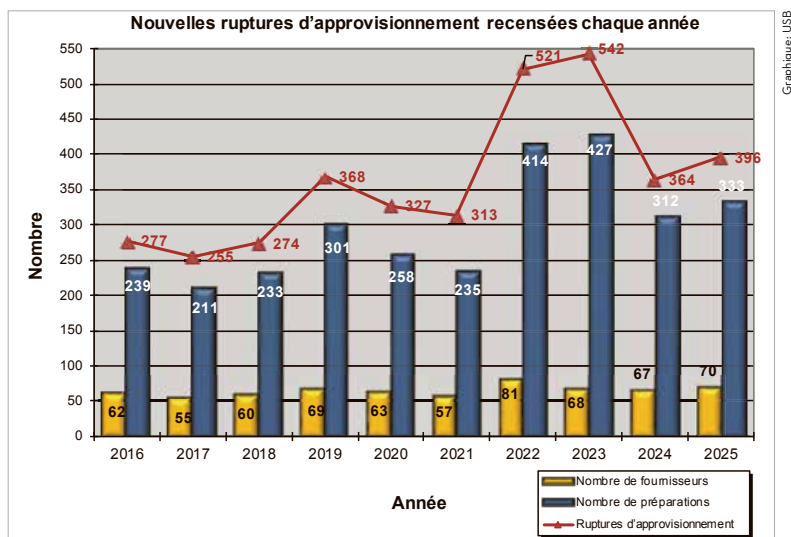
sont importantes: la mise en réseau des fabricants, des grossistes et des hôpitaux permet de combler plus rapidement certaines lacunes. Elles ne doivent toutefois pas faire oublier qu'il est indispensable de s'attaquer aux causes structurelles du phénomène, et pas uniquement à la gestion des urgences.

Les causes du problème

Les avis divergent largement quant aux causes de ce phénomène relativement nouveau en Suisse, qui fait l'objet d'autres contributions dans le présent numéro du bms. D'après mon expérience, l'un des facteurs déterminants réside dans le discours politique et médiatique, qui souligne régulièrement le niveau jugé excessif des prix des médicaments en Suisse. La pression à la baisse qui en résulte, combinée à l'obligation d'enregistrer spécifiquement les médicaments pour le petit marché suisse, conduit certaines entreprises internationales à renoncer à ce marché, plutôt que d'engager des démarches coûteuses pour des marges de plus en plus réduites.

Conséquences sur l'activité quotidienne

Pour la pharmacie d'un hôpital universitaire, les pénuries de médicaments se traduisent par plusieurs heures de travail supplémentaires chaque semaine. Lorsque nous parvenons à proposer une solution pour un service concerné et à fournir un médicament de substitution, les difficultés ne font parfois que commencer: les changements de préparation à court terme comportent un risque élevé d'er-



Évolution des pénuries d'approvisionnement à l'Hôpital universitaire de Bâle (USB)

reurs d'administration et de dosage, lorsque le personnel est confronté à de nouveaux conditionnements ou à des posologies inhabituelles.

Par ailleurs, en cas de pénurie, on attend souvent de la pharmacie hospitalière qu'elle prenne le relais et que les pharmaciennes et pharmaciens chargés de la fabrication produisent, quasiment du jour au lendemain, un médicament équivalent en laboratoire. En raison d'obstacles réglementaires et juridiques, du manque de personnel qualifié et parfois de l'indisponibilité même du principe actif sur le marché mondial, il n'est toutefois que rarement possible de pallier rapidement une pénurie par une fabrication interne.

Capacité de livraison

Les hôpitaux sont aujourd'hui soumis à une pression financière considérable, et les coûts d'approvisionnement prennent une importance croissante dans l'ensemble de l'hôpital. Les médicaments sont particulièrement concernés : dans un hôpital universitaire, ce poste de coûts dépasse largement 100 millions de francs. Les marges d'économie liées aux négociations commerciales sont limitées, car de nombreux médicaments onéreux sont protégés par des brevets et soumis à des prix fixes négociés avec l'Office fédéral de la santé publique.

Pour les médicaments hors brevet, et en particulier pour les génériques, le

critère déterminant d'achat pour la commission des médicaments n'est donc plus uniquement le prix le plus bas, mais de plus en plus la sécurité de l'approvisionnement. Plus une entreprise est en mesure de garantir contractuellement une capacité de livraison stable, plus son produit devient attractif. Le fait que la disponibilité quotidienne d'un médicament, autrefois considérée comme acquise, soit devenue un critère d'achat central peut surprendre. Ce processus avait toutefois déjà débuté avant les perturbations mondiales des chaînes d'approvisionnement liées à la pandémie de COVID-19 et s'est depuis encore accentué.

La solution est-elle politique ?

L'initiative populaire sur la sécurité de l'approvisionnement est actuellement en consultation. Les signatures nécessaires ont été récoltées en peu de temps, vraisemblablement grâce au large soutien politique et interprofessionnel dont elle bénéficie. La Confédération reconnaît l'urgence de la situation, mais a également élaboré un contre-projet. L'initiative vise à obliger la Confédération à mettre en place des instruments adaptés afin de garantir durablement l'approvisionnement en médicaments. Les moyens concrets restent à définir, mais ils devront être suffisamment efficaces pour assurer en tout temps à la population un accès aux médicaments essentiels. Les bases légales mises en place

pourraient notamment prévoir un renforcement des réserves obligatoires au niveau fédéral, la conclusion d'accords spécifiques avec certains fabricants de génériques afin d'assurer l'approvisionnement du marché et d'autres mesures complémentaires. La Confédération devra également veiller à maintenir l'attractivité du marché pour les entreprises pharmaceutiques actives à l'international. En parallèle, une réduction des obstacles bureaucratiques pourrait permettre, en cas de pénurie, la fabrication à court terme de médicaments par des pharmacies accréditées, notamment grâce à une implication accrue de la Pharmacie de l'armée ou des pharmacies hospitalières de grande taille. Il est très probable qu'une série de mesures soit nécessaire, car aucune solution simple et unidimensionnelle n'est en mesure de s'imposer face à la complexité et au caractère multifactoriel du problème.

Quelle que soit la voie empruntée par la Confédération, il est évident que la situation actuelle n'est pas tenable à long terme. Des médicaments vitaux font régulièrement défaut, et ce colmatage permanent mobilise trop de ressources humaines tout en exposant la population à des risques inacceptables en matière de sécurité d'approvisionnement. ...

Correspondance
Christoph.Meier@usb.ch

Compte rendu d'expérience

Les cabinets face aux pénuries de médicaments

Les cabinets médicaux autorisés à la propharmacie sont directement touchés par les pénuries de médicaments. Deux médecins généralistes racontent leur manière de gérer la situation et leurs attentes envers les fabricants et les autorités.



Simon Koechlin
Journaliste
scientifique

Dans 17 des 19 cantons alémaniques, les médecins traitants sont autorisés à disposer de leur propre pharmacie pour les patients. La Dre Edith Rosenberger et le Dr Christoph Gsteiger s'accordent à dire que la possibilité de remettre des médicaments est un service important pour les patientes et les patients et présente de nombreux avantages. Tous deux sont à la tête d'un cabinet de généraliste avec leur propre pharmacie, elle à Affeltrangen (TG) et lui à Jona (SG). «Cela me permet par exemple d'avoir une bien meilleure vue d'ensemble et de mieux contrôler si les patients prennent leurs médicaments», explique C. Gsteiger.

Mais la propharmacie implique également un travail considérable auquel s'ajoutent, depuis quelques années, les pénuries engendrant des complications supplémentaires. Selon E. Rosenberger, les ruptures d'approvisionnement sont plus fréquentes et difficilement prévisibles. «C'est comme ouvrir une pochette surprise, on ne sait jamais à l'avance ce qui nous attend.» De plus en plus souvent, des médicaments très importants restent indisponibles sans produits de substitu-

tion équivalents, ajoute C. Gsteiger. Il cite l'exemple du Temesta, un anxiolytique en rupture de stock pendant plusieurs mois. «Oui. Il existe des préparations similaires, mais elles n'ont tout simplement pas le même effet.»

De nombreux médicaments indisponibles en Suisse sont en circulation dans les pays voisins.

E. Rosenberger abonde dans ce sens; passer à une préparation alternative peut poser des problèmes, et de préciser que «de manière générale, nombreux sont les patients à ne pas prendre correctement leurs médicaments, à les prendre trop rarement ou alors pas du tout. Si, en plus, vous changez la préparation et l'emballage, cela les déstabilise.» Il n'est pas rare que les différents génériques se présentent sous différentes formes, couleurs ou tailles de comprimés. Tout cela peut conduire un patient à ne plus tolérer un médicament, ne serait-ce qu'en raison d'un effet nocebo.

Consultations fastidieuses

Indépendamment de cela, demander aux patients de changer de médicaments coûte du temps, de l'argent et de l'énergie. Leur expliquer la nouvelle situation

peut s'avérer fastidieux, explique E. Rosenberger. Elle évoque son expérience avec les préparations combinées contre l'hypertension. «Lorsqu'un principe actif n'est plus disponible, il est tout à fait possible qu'une personne doive soudain prendre trois comprimés au lieu d'un. Ce n'est pas toujours facile à faire passer et cela peut demander beaucoup de temps.» Ces changements l'obligent aussi à adapter et à vérifier régulièrement les cartes de médicaments des patients résidant en EMS ou suivis par un service de soins à domicile. Enfin, lorsqu'un médicament de substitution est nettement plus cher que celui qui n'est plus disponible, il faut bien souvent négocier avec les caisses-maladie.

Ces expériences ne sont pas étrangères à C. Gsteiger. Il relève que de nombreux médicaments indisponibles en Suisse sont en circulation dans les pays voisins. «Certains patients se débrouillent et vont se procurer un médicament sur les rives allemandes du lac de Constance ou font le déplacement jusque dans le nord de l'Italie.» Il en déduit l'importance du rôle des autorités qui pourraient être un levier pour éviter les pénuries. «Au moins pour certains médicaments, il semblerait que les ruptures de stock ne soient pas avérées, mais que l'État s'évertue aujourd'hui à compliquer leur importation en Suisse.»

Quant à E. Rosenberger, elle aimerait que les fabricants communiquent les



raisons des pénuries. « Nous ne savons pratiquement jamais pourquoi un médicament est en rupture de stock, alors qu'il serait utile de pouvoir l'expliquer à nos patients. » Pour l'Ozempic, un médicament contre le diabète qui n'était plus disponible, elle se souvient que le problème ne venait pas du principe actif, mais du stylo d'injection. « Ces informations seraient importantes pour nous et pour les patients. »

Vaccination contre la grippe

Garantir l'approvisionnement en vaccins constitue également un défi. Celui contre la grippe, par exemple, doit être commandé des mois à l'avance. « Généralement, j'administre environ 400 doses par saison », précise E. Rosenberger. Elle ajoute que le vaccin classique est désormais complété par un vaccin à forte dose, recommandé pour les personnes âgées et les patients à risque. Il est donc plus difficile d'estimer le nombre de vaccins à commander. Cette année, elle a plus vacciné que les années précédentes, elle a donc épuisé son stock de doses normales. « Il serait tout à fait possible d'administrer le vaccin à forte dose aux patients qui ne sont pas à risque, mais les caisses-maladie ne le remboursent pas. »

Les cabinets médicaux n'ont pas le pouvoir d'empêcher les pénuries de médicaments.

C. Gsteiger n'a pas connu de rupture lors de la vaccination contre la grippe. Son expérience a été positive, notamment grâce à la coopération avec d'autres cabinets de généralistes. « Si un cabinet est à court de vaccins, d'autres peuvent lui fournir des doses, bien sûr dans le respect de la chaîne du froid. » En revanche, le vaccin contre le zona lui a posé des difficultés. Il n'arrivait pas à en obtenir et c'est d'autant plus regrettable que l'industrie pharmaceutique n'arrêtait pas d'en faire la promotion.

Planification prévisionnelle

Les cabinets médicaux n'ont pas le pouvoir d'empêcher les pénuries de médicaments. C'est une évidence qui incite à prévoir la gestion et à anticiper la planification de sa propre pharmacie, estiment de concert C. Gsteiger et E. Rosenberger. Cette dernière veille personnellement à garder la vue d'ensemble des stocks de sa pharmacie et à ne pas laisser la gestion

uniquement à ses assistantes médicales. « Je vérifie rapidement chaque jour quelles préparations sont disponibles et lesquelles sont en rupture d'approvisionnement. »

Selon C. Gsteiger, c'est important aussi d'avoir cette vue d'ensemble pour suivre les dates de péremption et, si nécessaire, pouvoir retourner les préparations périmées. D'autre part, poursuit E. Rosenberger, passer en revue les stocks de la pharmacie lui permet de se faire une idée des fluctuations saisonnières de la demande. « En automne, par exemple, je remarque lorsqu'il faut davantage de sirops contre la toux ou de médicaments contre la grippe et je peux ainsi anticiper et commander le nécessaire à temps. » Grâce à une planification réfléchie, les cabinets dont les médecins remettent eux-mêmes des médicaments à leurs patients contribuent à éviter que l'approvisionnement en médicaments, déjà difficile, ne s'aggrave encore davantage. ● ● ●

Correspondance
koechlin@gmx.ch

Montres connectées avec ECG

Quand la montre sonne l'alarme

Lorsqu'une montre connectée émet un signal d'alerte de fibrillation auriculaire, les personnes concernées s'adressent le plus souvent à leur généraliste. De telles situations font désormais partie de mon quotidien à la Wearable Clinic de Bâle. Les dispositifs connectés peuvent être utiles, à condition d'évaluer soigneusement leurs avantages et leurs limites.



Patrick Badertscher
Dr méd., p.-d.,
Wearable Clinic,
Centre universitaire
de cardiologie, Bâle

Les montres connectées utilisent deux principes de mesure. Le signal optique du pouls, la fameuse PPG (photopléthysmographie), fonctionne en arrière-plan et peut détecter un pouls irrégulier, ce qui peut constituer un indice de fibrillation auriculaire. Ce signal est toutefois sensible aux mouvements et aux extrasystoles, ce qui génère fréquemment des alertes d'irrégularités sans pertinence clinique. L'ECG monocanal est nettement plus fiable, mais il doit être déclenché activement et ne peut être interprété que si l'enregistrement est techniquement correct. Une bande claire de 30 secondes peut mettre en évidence une fibrillation auriculaire, mais le résultat doit toujours être confirmé par un médecin.

Procédure par étapes

Lorsqu'une patiente ou un patient vient consulter parce que sa montre connectée a sonné l'alarme, je commence toujours par une simple évaluation. Si l'ECG monocanal est clair et bien lisible, je l'accepte comme documentation de l'épisode. S'il ne peut pas être clairement interprété et en l'absence de symptômes, je renonce à effectuer des examens plus approfondis. En présence de symptômes, en revanche, j'effectue une nouvelle mesure en utilisant des méthodes diagnostiques classiques telles que le Holter, les patches ECG ou, dans certaines situations particulières, des moniteurs cardiaques implantables (loop

recorders). Je ne prends aucune décision clinique sur la base de photos floues prises avec un téléphone portable.

Utilité diverse

Dans la majorité des cas, les montres connectées sont étonnamment fiables pour détecter la fibrillation auriculaire, pour autant que la mesure soit réalisée correctement. Elles sont particulièrement utiles chez les personnes présentant des palpitations paroxystiques rares, une condition rarement détectée par les Holter. Après une ablation, les ECG de montres connectées peuvent également aider à mieux corréler les symptômes, mais une partie des enregistrements reste malgré tout inclassable. Des blocs auriculo-ventriculaires ou des flutters auricu-

remettre que des enregistrements bien lisibles et éviter de documenter chaque variation quotidienne. Lorsque la situation ne peut pas être clarifiée par une simple évaluation, je les réfère à la Wearable Clinic de Bâle à laquelle ils peuvent transmettre les ECG de leur montre connectée au moyen d'un formulaire en ligne sécurisé. Une équipe médicale examine ensuite la qualité des données, évalue la plausibilité de l'alerte et interprète l'épisode en tenant compte des symptômes rapportés. Ce processus structuré permet d'adresser rapidement celles ou ceux souffrant d'arythmie avérée à un spécialiste, tout en réduisant leurs inquiétudes en cas de résultats non pertinents ou de faux positifs et en évitant de perdre un temps précieux dans des démarches inappropriées.

Au vu de ce qui précède, j'aboutis à la conclusion que les montres connectées sont un outil supplémentaire utile, car elles étendent nos possibilités diagnostiques, mais ne remplacent pas une évaluation clinique. Utilisées de manière appropriée, elles améliorent la sécurité des patients et facilitent le travail quotidien au cabinet. ...

Correspondance
patrick.badertscher@usb.ch

**Dans la majorité des cas,
les montres connectées
sont étonnamment
fiables pour détecter la
fibrillation auriculaire.**

lares peuvent parfois être détectés, mais leur évaluation est souvent peu fiable. Les montres connectées ne sont pas non plus recommandées pour les personnes très anxieuses, car elles peuvent accentuer leur anxiété. De plus, les montres connectées ne sont, à mon sens, guère adaptées pour diagnostiquer les syncopes.

Transfert sécurisé des données

Afin de maintenir une vue d'ensemble clinique efficace, il est utile de fixer des règles claires. Les patientes et patients ne doivent

Pour en savoir plus



www.wearableclinic.ch

Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

(sur la base d'un dossier de candidature, qui est transmis au groupe concerné, le Conseil se prononce sur toute candidature, après avoir reçu le préavis dudit groupe, qui peut exiger un parrainage; le Conseil peut aussi exiger un parrainage; après la décision du Conseil, la candidature est soumise à tous les membres par publication dans *La lettre de l'AMGe*; dix jours après la parution de *La lettre*, le candidat est réputé admis au sein de l'AMGe, à titre probatoire pour une durée de deux ans, sauf si dix membres actifs ou honoraires ont demandé au Conseil, avant l'échéance de ce délai de dix jours, de soumettre une candidature qu'ils contestent au vote de l'Assemblée générale, art. 5, al.1 à 5):

Dre Amina AHMED

Rue de la Servette 89B, 1202 Genève
Née en 1993, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2019 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse
Diplômée en médecine de l'Université de Genève en 2019, elle a débuté sa formation post-graduée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) avant de la poursuivre à l'Hôpital fribourgeois (HFR). Elle est ensuite revenue aux HUG où elle a exercé comme médecin interne puis cheffe de clinique. En 2025, elle a obtenu son titre de spécialiste en médecine interne générale et s'installera comme médecin indépendante à Genève dès le 2 mars 2026.

Dre Farida AKHOUNDOVA SANOYAN

Centre médical Qorpus – Hirslanden, Avenue de la Gare des Eaux-vives 28, 1208 Genève
Née en 1989, nationalité Espagnole
Diplôme de médecin en 2013 en Espagne Reconnaissance en 2018
Titre postgrade en Gynécologie et obstétrique en 2018 en Espagne Reconnaissance en 2018
Après avoir obtenu sa formation médicale et son diplôme de

spécialiste en gynécologie-obstétrique en Espagne, à l'Hôpital Universitaire La Fe de Valencia, où elle a exercé durant quatre ans, la Dre Akhoundova a poursuivi sa formation en Suisse, d'abord à Nyon puis aux Hôpitaux universitaires de Genève, où elle a travaillé ces cinq dernières années. Ayant récemment validé la spécialisation FMH de trois ans en gynécologie opératoire, elle prévoit de débiter son activité en pratique libérale dès janvier 2025.

Dr Marco ARMANDO

Rue de Zurich 42, 1201 Genève
Né en 1975, nationalité Italienne
Diplôme de médecin en 2002 en Italie
Reconnaissance en 2015
Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie en 2015 en Italie
Reconnaissance en 2015
Après avoir effectué ses études de médecine à l'Université de Rome et obtenu son diplôme de médecin (MD), le Prof Marco Armando a suivi une formation spécialisée en psychiatrie, initialement orientée vers la psychiatrie de l'adulte. Il a ensuite complété son parcours par un doctorat (PhD) entre l'Université de Rome et l'Université de Birmingham. Installé en pratique privée à Genève, il exerce parallèlement une activité clinique hospitalière au CHUV. Il est professeur associé à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne (UNIL) et dispose d'une large expérience clinique en psychiatrie adulte ainsi qu'en pédopsychiatrie.

Dre Alice BRICHEUX

Centre médical du Parc, 65 route de Troinex, 1256 Troinex
Née en 1994, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2019 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse
Diplômée de l'Université de Genève en 2019, Alice Bricheux est spécialiste en médecine interne générale (2025). Elle occupe un poste de cheffe de clinique au sein du service de médecine de premier recours (SMPR) aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Au cours de sa formation,

elle a exercé dans plusieurs hôpitaux de Suisse romande, notamment l'hôpital des 3 chênes et le HFR. Elle a également effectué plusieurs mois d'assistantat en cabinet sur le canton de Fribourg. Elle souhaite actuellement développer une activité de médecine interne ambulatoire dans la commune de Troinex.

Dre Justine DERONT

Centre métabolique nutrition et mouvement, Route de St-Julien 5b, 1227 Carouge
Née en 1992, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2016 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2022 en Suisse
Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2016, elle a effectué 2 ans d'assistantat au centre hospitalier du Valais romand puis 4 ans d'assistantat aux HUG. Elle a obtenu son titre de spécialiste en médecine interne générale en juin 2022. Cheffe de clinique aux HUG dans l'unité d'éducation thérapeutique du patient depuis avril 2023, elle valide un CAS en éducation thérapeutique en février 2025. Elle s'installera en ville de Genève en mai 2026, au sein du centre métabolique nutrition et mouvement, pour une activité plus spécifiquement ciblée sur la prise en charge des patients en situation d'obésité.

Dr Thomas FODOR

11 Quai du Cheval-Blanc, 1227 Les Acacias
Né en 1957, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 1983 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en 1993 en Suisse
Né à Genève en 1957, avec écoles primaires et secondaires en Suisse allemande, puis études au collège de Genève avec maturité fédérale en 1977. Ecole de médecine à Genève avec obtention du diplôme de médecin en 1983. Formation post-graduée en Suisse et aux Etats-unis (New York) avec obtention de FMH en chirurgie orthopédique en 1993. En pratique privée depuis 1994 sur le canton de Vaud et sur Genève.

Dre Aude MOLINARD-CHENU

Rue JD Maillard 1bis, 1217 Meyrin

Née en 1987, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2012 en Suisse

Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie en 2023 en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme de médecin à Genève en 2012, Aude Molinard-Chenu a poursuivi par un PhD en neurosciences fondamentales (2016). Elle a ensuite effectué sa formation spécialisée aux HUG où elle a continué d'exercer avec le titre FMH de psychiatre et psychothérapeute (2023) jusqu'en 2025. Elle exerce depuis novembre 2025 à l'Hôpital de La Tour où elle développe une pratique intégrative en psychiatrie de consultation-liaison.

Dr Jérôme PEYROU

136 rue de Genève, 1226 Thônex

Né en 1972, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2006 en France

Reconnaissance en 2008

Titre postgrade de Médecin praticien en 2006 en France (Reconnaissance en 2008) et en Cardiologie 2009 en Suisse

Après mes études de Médecine en France, j'ai suivi en Suisse, ma formation de Cardiologie (interne puis chef de clinique) au sein des HUG. J'ai complété ma formation en France par un fellowship (18 mois) en échographie de stress/effort ETT/ETO (Clinique St Augustin, Bordeaux) et une formation diplômante universitaire (2 ans) en IRM et scanner cardiaque (CHU Bordeaux). J'ai exercé en tant que médecin des hôpitaux (PH) avec une thématique d'imagerie cardiaque, attaché au laboratoire d'échocardiographie, au service des myocardiopathies (Centre national de référence de CMP héréditaires ou rares) et valvulopathies ainsi qu'au service de radiologie IRM cardiaque. Depuis 2018, j'exerce également une activité libérale en Clinique. Enfin, je participe à l'enseignement en imagerie au sein de structures nationales et membre du comité scientifique et d'organisation du congrès national d'échocardiographie. J'ai prévu de m'installer sur Genève en avril 2026.

Dre Carla Matilde PROBST

Fondation Phénix (aile droite),

Rue de Lausanne 63, 1202 Genève

Née en 1992, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2024 en Suisse

Après avoir réalisé mes études universitaires de médecine à l'UNIGE, j'ai choisi de me former en médecine interne générale. J'ai réalisé mon internat principalement au sein des HUG et ai par la suite été cheffe de clinique dans différentes unités du SMPR. Durant mon parcours, je me suis spécialisée dans le suivi des patients présentant des addictions aux substances, en passant le CFC de médecine de l'addiction en 2025 et en me formant à l'Entretien Motivationnel et à la méditation de pleine conscience (MBRP). Je pratique maintenant à la Fondation Phénix en tant que médecin généraliste, auprès de cette population

Dr Artur RUSNAC

Rue Henri-Christiné 5, 1205 Genève

Né en 1992, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2017 en France

Reconnaissance en 2019

Titre postgrade de Médecin praticien en 2022 en Suisse

Médecin diplômé en France et titulaire du titre fédéral suisse de médecin praticien en 2022, je me suis formé et exercé huit années dans les soins aigus (anesthésiologie, urgences, SMUR et médecine interne) au sein des HUG et du RHNe. J'ai choisi de m'orienter vers la médecine générale, avec une installation en pratique indépendante à Genève dès mars 2026.

Dr Alireza SADRKHAN

Route de Chancy 98, 1213 Onex

Né en 1990, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2024 en Suisse

Dr Sadrkhan a effectué sa formation à l'Université de Genève. Il a complété sa formation dans le service de gériatrie de l'Hôpital de Martigny, aux urgences médico-chirurgicales du Réseau Hospitalier de La Tour à Genève, ainsi qu'à l'hôpital de Saint-Imier. Il a poursuivi sa carrière

en médecine interne générale aux Hôpitaux Universitaires de Genève avant d'être promu chef de clinique en médecine interne et urgences à l'Hôpital de Delémont. Depuis l'été 2024 il est installé dans un centre de médecine générale (MEDIQO) en tant que médecin de premier recours. Il collaborera dès le printemps 2026 avec la clinique et permanence d'Onex où il assurera le suivi des patients ainsi que des consultations en service des urgences-adultes.

Dr Ayhan SAHIN

Centre médical de la Servette,

Avenue de Luserna, 1203 Genève

Né en 1990, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2017 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse

De mai 2018 à mai 2020, j'ai exercé en médecine interne à l'Hôpital cantonal de Fribourg, avec une activité comprenant une année en service d'étage, six mois aux urgences et six mois en soins palliatifs. De mai 2020 à novembre 2020, j'ai poursuivi mon activité en soins palliatifs au sein du même établissement. De novembre 2020 à novembre 2022, j'ai travaillé en médecine interne aux Hôpitaux universitaires de Genève, assurant des activités d'étage, de gardes et aux urgences. Entre mai 2023 et mai 2024, j'ai exercé au SMPR des HUG (UCAMIG et joker). De mai 2024 à décembre 2025, j'ai occupé un poste de chef de clinique à l'USAR et à l'UUA des HUG. Depuis janvier 2026, j'exerce comme médecin généraliste à Magellan.

Dre Mathilde SCHMID

SwissMedPro Health Services SA,

Hôpital de la Tour, Rue de Veyrat 39, 1217 Meyrin

Née en 1991, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2022 en Suisse

Médecin auprès de SwissMedPro Health Services SA, j'exerce actuellement en médecine du travail, dans le cadre d'une formation postgraduée débutée en avril 2023 (50%). Titulaire du titre FMH en médecine interne générale (2022), j'ai exercé au SMPR des HUG comme médecin cheffe de clinique entre juillet 2021 et mars 2023, après y avoir

été médecin interne dès 2019. Mon parcours comprend également une expérience en santé au travail à l'Institut universitaire de Santé au Travail/ Unisanté, ainsi qu'en médecine interne au HNE La Chaux de Fonds ainsi qu'à la Clinique de Genolier. Je suis actuellement en attente de l'attribution du titre FMH en médecine du travail.

Dre Sabrina SILHADI

Rue de la Servette 89B, 1202 Genève
Née en 1994, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2019 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse

Diplômée en médecine à l'Université de Genève en 2019, elle a débuté sa formation post-graduée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), aussi bien en médecine hospitalière qu'ambulatoire, en tant que médecin interne. Elle a également exercé une année à la Clinique et Permanence d'Onex. En 2025, elle a obtenu son titre de spécialiste en médecine interne générale et s'installera comme médecin indépendante à Genève dès le 1^{er} mai 2026.

Dre Anastasia SOUDÉ

Unité de psychiatrie légale,
Rue Jean Violette 32, 1205 Genève
Née en 1979, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2012 en France

Reconnaissance en 2021

Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie en 2012 en France
Reconnaissance en 2021

Médecin formée en France et diplômée en 2012, je suis spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avec une formation complémentaire en addictologie. J'ai exercé durant sept ans aux urgences psychiatriques, puis cinq ans en cabinet privé en France, avant d'intégrer les HUG. Depuis novembre 2022, j'exerce à l'Unité de psychiatrie légale, rattachée au CURML, avec une activité principalement consacrée à la réalisation d'expertises judiciaires. Je réalise des expertises civiles pour le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant, des expertises pénales pré-sentencielles mandatées par le Ministère public ou le Tribunal pénal, des évaluations du risque de récidive pour le Tribunal d'application des peines et des mesures, ainsi que des

expertises de victimologie, militaires et de capacité à exercer la médecine. En parallèle, je suis engagée dans l'enseignement universitaire à Genève auprès des étudiants en médecine et participe aux examens oraux, avec un projet d'enseignement en psychiatrie légale à la Faculté de droit. J'ai récemment obtenu le CAS en psychiatrie légale. Enfin, dans le cadre d'une activité accessoire, je réalise des expertises asécurologiques (perte de gain, LAMal) en tant qu'experte certifiée SIM.

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans:

Dre Marieme BA

Dre Lucie BOLLI

Pr Haran BURRI

Dre Souad DJAAFAR

Dre Sara FEDERICI

Dre Julie GUINAND

Dre Meriem HEDAYATI DEZFOULI

Dre Maude MARTINHO-GRUEBER

Dre Lauriane POLI

Dre Françoise RIQUIER

Dr François SCERBA

Dre Marina WALTER-MENZINGER

depuis le 5 février 2026

Nouveaux membres probatoires

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

Dre Maria Fernanda ALCOCER

Dr Louis BLANC

Dre Danièle BONJOUR

Dre Bérénice DELETANG

Dr Dennis Enrique DOMINGUEZ

Dre Anne DURAFFOURG

Dre Anne ETIENNE

Dre Arantxa FERRER JARILLO

Dre Lena GROENENDIJK

Dr Carlo Maria ORANGES

Dre Géraldine PARATTE

depuis le 13 février 2026

Membres seniors

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

Dr Huu Hieu DANG

Dr Eric FRENEAUX

Dre Corinne JAUSLIN-LIRONI

Dr Alain JOLIAT

Dr Jacques SAUNIER

Dre Soheyla SHEYBANI

Dr Denis SPAHNI

Dre Anna-Maria STALBERG

au 1^{er} janvier 2026

Contrats de médecin-conseil et de médecin du travail

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

Dr Jean-Pierre BRIEFER

Médecin interne générale, médecin-conseil pour la ville de Lancy

Dre Karin FERRIERE

Médecin interne générale, médecin-conseil pour la banque Vontobel SA

Dr Emmanuel FRITSCH

Médecine du travail, médecin-conseil pour l'Hospice général

Dr Esmail SHEYBANI

Médecin interne générale, médecin-conseil pour Alma CH Sa, Khora CH SA et Sauvage Bar Sàrl

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr Huu Hieu DANG

(Médecine interne générale)

ne consulte plus au

37A rue de Lausanne, 1201 Genève

Dre Corina DONICA

(Psychiatrie et psychothérapie)

consulte désormais

au 7 place de la Fusterie, 1204 Genève

Dr Victor DUBOIS-FERRIERE

(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) consulte désormais au Centre Assal SA,

Avenue de Beau-Séjour 6, 1206 Genève

Dre Katerina ESPA CERVENA

(Psychiatrie et psychothérapie)

consulte désormais au 4 rue des

Corps-Saints – 1201 Genève

Dre Manel MEJBRI BOUBAKER

(Pédiatrie) consulte désormais
à RhumaKIDS, Centre d'expertise
en rhumatologie pédiatrique,
Rue Merle-d'Aubigné 22, 1207 Genève

Dr Mohammad Younos NOORISTANI

(Médecine interne générale) consulte
désormais au Cabinet médical des
Grandes-Communes, Avenue des
Grandes-Communes 27, 1213 Onex

Dre Deborah PUGIN

(Médecine intensive et Neurologie)
consulte désormais à la Clinique des
Grangettes, Chemin des Grangettes 7,
1224 Chêne-Bougeries

Dr Etienne GRANDJEAN

(Médecine interne générale,
Pharmacologie et toxicologie
cliniques) ne consulte plus
au Groupe Médical 21,
Rue de Chantepoulet 21,
1201 Genève

Décès

Nous avons le profond regret
d'annoncer le décès du

Dr Daniel SLOSMAN

survenu le 24 février 2026

Impressum

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

PARUTIONS

format digital: 10 fois par an

RESPONSABLE DE PUBLICATION

Antonio Pizzoferrato

CONTACT POUR PUBLICATION

Secrétariat AMGe

info@amge.ch

PUBLICITÉ

Médecine & Hygiène

022 702 93 41, pub@medhyg.ch

CONCEPTION & RÉALISATION

Bontron&Co

Loredana Serra



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:

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

Admissions

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

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

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

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

CLINIQUE DE
CRANS-MONTANA



1010219