

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
C M CASSA DEI MEDICI

La Caisse des Médecins : une coopérative professionnelle à vos côtés



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe



Dr Christophe Mégevand
Vice-président de l'AMGe

Réalité d'aujourd'hui: des faits et des chiffres

Comme chaque année, la Fédération des médecins suisses (FMH) a publié ses statistiques et indicateurs concernant l'activité des médecins dans notre pays. Au-delà des chiffres publiés, ce sont les faits auxquels ils se réfèrent qui montrent les axes et les actions sur lesquels l'effort à la fois politique, mais également de la profession dans son entier doivent être dirigés.

La Suisse dépend fortement des médecins venus de l'étranger et cela de plus en plus : 43 % de médecins porteurs de diplômes étrangers exercent dans les différents cantons. Il est à relever que les médecins praticiens sont, et de loin, le groupe qui compte le plus de médecins originaires de l'étranger (80 %). En 2025, la part de docteurs étrangers a encore augmenté. Une majorité (52 %) de médecins aux diplômes obtenus hors de nos frontières ont décroché leur titre fédéral de spécialiste en Suisse. Cette dépendance interroge

quant à la capacité de formation dans notre pays. Une augmentation significative des places d'études est dûment réclamée par la FMH. C'est une évidence, mais en raison de son impact uniquement après de nombreuses années, des places de formations dans les cabinets médicaux sont aussi attendus. Ces demandes justifiées devront s'accompagner d'une diminution de la charge administrative excessive qui étouffe les médecins. La Suisse doit penser à sa relève médicale et à sa capacité de formation de médecins.

Une campagne lancée par la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) appelée « Tigre de papier » connaît un beau succès et doit être encouragée pour lutter contre toute forme de paperasserie inutile qui entrave l'action clinique. Le fait que la spécialisation la plus répandue en Suisse (21 %), dont on connaît le risque avéré de pénurie de médecins, soit à l'origine de cette campagne de forte sensibilisation contre le mastodonte administratif est un signe positif d'autant plus que les assureurs sont prêts à collaborer au succès de cette campagne.

La statistique de la FMH indique la présence de 44'612 médecins sur le territoire national avec un âge moyen de 50 ans. Ce qui pose question, c'est qu'un quart des docteurs en Suisse ont 60 ans ou plus, alors que la demande en soins sera, en raison de la démographie et des innovations thérapeutiques, de plus en plus importante au cours des toutes prochaines années avec l'effet des baby-boomers.

Comme souvent discuté, l'orientation des étudiants vers les disciplines de premier recours est indispensable. L'intérêt est là car près de 40 % des médecins qui accomplissent leur formation postgraduée en Suisse occupent des postes liés à la médecine de premier recours. Là encore, les places de formation en cabinet doivent augmenter dans les prochaines années et ce temps de formation en cabinet devra être rémunéré correctement en regard des sommes acquises et confinées par les milieux universitaires.

La statistique de la FMH indique la présence de 44'612 médecins sur le territoire national avec un âge moyen de 50 ans. Ce qui pose question, c'est qu'un quart des docteurs en Suisse ont 60 ans ou plus, alors que la demande en soins sera, en raison de la démographie et des innovations thérapeutiques, de plus en plus importante au cours des toutes prochaines années avec l'effet des baby-boomers. C'est l'ensemble des professions de la santé qui est concerné. La pénurie d'infirmières est également annoncée et ce ne sont pas les dernières prises de position du Parlement suisse qui sont rassurantes car le Conseil national vient de vider en partie l'initiative de sa substance en

supprimant certaines améliorations de conditions de travail pourtant essentielles.

Comme évoqué précédemment, la médecine de famille est au cœur de toutes les réflexions car un tiers des médecins de familles sont âgés de 60 ans ou plus et avec une densité de 0.9 équivalent plein temps pour 1000 habitants, corroboré avec les demandes de temps partiel en augmentation franche dans la volonté d'un

équilibre vie privée-vie professionnelle salubre et le temps actuel de travail de nombreux médecins, bien au-delà des 50 heures, la pénurie est un fait avéré. Cela rejoint les demandes de la FMH et de Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe) pour des actions fortes et ciblées, bien au-delà des gesticulations politiques, en faveur d'un renforcement de l'attractivité de la médecine de premier recours. La Société vaudoise de médecine (SVM) sort ce printemps un numéro de son excellent magazine DOC consacré au thème de la pénurie avec une titre choc «Alerte pénurie, combien de médecins pour demain?».

Avec la perspective de l'introduction du financement uniforme de la santé (EFAS) au 1^{er} janvier 2028, il est intéressant de constater qu'une majorité de médecins (55 %) exercent principalement en ambulatoire et que 43 % sont dans le secteur hospitalier. Avec la bascule attendue dans les prochaines années vers la médecine ambulatoire, ces chiffres devraient continuer leur évolution en faveur du secteur ambulatoire. La réflexion autour de ce changement majeur doit s'engager dès à présent. L'État contribuera à hauteur de 27 % des coûts ambulatoires et impo-

La médecine se féminise de plus en plus. Les femmes représentent 60 % des médecins en formation postgraduée en Suisse et 48 % des médecins en exercice. Là où le bât blesse, c'est le constat incontesté qu'elles n'occupent que peu de postes de cadres (20 % des postes de médecins-chefs).

sera de fait une planification de la médecine ambulatoire comme cela se voit déjà dans le secteur stationnaire. Une révolution est en marche et elle devra s'intégrer avec la volonté affichée de tendre vers des réseaux de soins intégrés.

La médecine se féminise de plus en plus. Les femmes représentent 60 % des médecins en formation postgraduée en Suisse et 48 % des médecins en exercice. Là où le bât blesse, c'est le constat incontesté qu'elles n'occupent que peu de postes de cadres (20 % des postes de médecins-chefs). La tendance, là aussi, évoluera dans les prochaines années, comme celle des codirections, en raison des tâches managériales de plus en plus importantes tant dans les milieux hospitaliers que dans les structures ambulatoires.

Le cabinet médical individuel attire de moins en moins de docteurs. En dix ans, le taux de médecins qui exercent dans un cabinet individuel est passé de 56 % à 39 % en 2025. Une baisse compréhensible en raison des contraintes liées aux horaires de présence, aux charges et investissements en croissance constante, aux normes imposées et à l'administration boulimique, mais aussi de pouvoir en tout temps échanger avec des collègues pour

permettre une prise en charge optimale et également pour des raisons de sécurité évidentes.

Ces statistiques sont particulièrement parlantes dans le contexte tendu que nous connaissons avec l'introduction d'une nouvelle structure tarifaire, le Tardoc, et des forfaits ambulatoires, du poids des assureurs dans les dossiers liés à l'économicité, de l'avènement de la santé numérique, mais également à la suite de l'annonce par Comparis d'une xième hausse des primes maladie (+3.7 %) qui, comme chaque année, invariablement, pointera du doigt les professions médicales même si les augmentations annoncées ne sont pas uniquement de notre ressort. Autre

exemple, l'analyse d'Unisanté Lausanne parue récemment qui essaie de démontrer qu'un franc investi dans la psychothérapie rapporte entre 1,5 et 4,05 francs et serait particulièrement profitable aux entreprises; ces chiffres sont peu audibles et signifient que, dans notre pays, si peu est pensé en termes de prévention et de promotion de la santé psychique.

Il est temps de repenser le système de la santé, non seulement dans son financement, dans le modèle de calcul des primes d'assurances maladie, dans sa planification et ses ressources, dans la personnalisation de la prise en charge, dans une vision efficiente de la santé numérique, dans la bascule ambulatoire et surtout dans sa capacité à pouvoir être en amont des problèmes de santé. Tendre vers un système de la santé et non plus seulement de la maladie. Les faits et les chiffres avancés par la FMH montrent la dure réalité de notre quotidien et pointe le travail colossal à effectuer pour garder un modèle financier, accessible et de qualité. ●

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Dr Christophe Mégevand
Vice-président de l'AMGe

Liberté d'installation

La clause du besoin étrangle la relève : un besoin urgent de transparence

La clause du besoin, telle qu'appliquée aujourd'hui à Genève, pénalise avant tout les jeunes médecins en formation ou récemment diplômés. Le comité de l'Association des Médecins d'Institution de Genève (AMIG) alerte : sans transparence et réforme, c'est une génération entière qui risque de voir son accès à l'exercice libéral bloqué par des normes opaques et des calculs aux bases incertaines.

La clause du besoin a été présentée comme un instrument de régulation de l'offre médicale dans un contexte de coûts de la santé en hausse constante. Sous couvert d'une obligation fédérale lointaine, le canton de Genève s'est entiché en 2022 de l'idée de prendre la place du bon élève (pour une fois !) et fait donc preuve d'une mise en pratique précipitée et irréfléchie. Maintenant qu'elle est appliquée partout, les autorités cantonales persistent et insistent en appliquant les taux les plus sévères en comparaison des autres cantons ruraux, quand bien même la situation géographique spécifique à Genève en fait un canton isolé et ne permet pas une bonne mobilité professionnelle intercantonale. Aujourd'hui, dans la pratique, cette clause se transforme en un verrou administratif qui bride l'autonomie professionnelle des jeunes médecins et met un frein brutal au développement de carrières et d'offre de soin sans pour autant limiter la hausse des coûts.

Pourtant, la clause du besoin a été instaurée pour maîtriser les dépenses de l'assurance obligatoire des soins et organiser l'offre ambulatoire. Il est évident qu'avant même d'aborder la mise en pratique locale qui sera le sujet de ce billet, un lecteur averti mettra facilement en lumière la naïve croyance que la limitation de l'offre fera chuter la demande. Tout économiste en herbe rétorquera plutôt que dans le cas d'un « bien » de consommation de base (ici la santé), ce sont les prix qui aug-

menteront au fil de la raréfaction de l'offre, au détriment des patients et sans que les besoins ne s'amointrissent. Au final, il est évident que la mesure politique telle qu'elle est appliquée ici est en tout point équivalente à un médecin qui arrêterait de documenter la température de ses patients dans le séjour post-opératoire : aucune complication infectieuse à l'horizon. Nos politiciens pourraient ainsi se targuer d'avoir fait baisser les coûts à charge de l'AOS en bloquant, au 01.03.26, 110 confrères et consœurs de pouvoir facturer à celle-ci et en ignorant que les patients que ces collègues auraient pu traiter doivent se tourner vers d'autres médecins ou les services d'urgence. Pourtant, un bref rappel de l'évolution des primes moyenne dans le canton depuis lors signe jusqu'à présent l'absence d'effet de la mesure : 2023 +4.7%, 2024 +9.1%, 2025 +6.5%, 2026 +3%. Nos politiciens s'imaginent ils que nos soins n'apportent aucune plus-value et que les besoins de santé de ces patients ont simplement disparu ?

Enfin, ne réouvrons pas ce débat qui mériterait une tribune à lui seul...

La clause du besoin a donc été appliquée à Genève en 2022 selon une logique louable d'ajustement entre exigences budgétaires et besoins sanitaires. À l'origine, l'objectif est de réguler l'ouverture de nouveaux postes facturables AOS et d'optimiser la répartition des spécialistes tant localement qu'indirectement.

tement à terme au niveau intercantonal. Nous ne reviendrons pas en détail sur l'application généralisée du moratoire suivie d'un rapide rétropédalage typique d'une Genferei concernant les pratiques de premier recours (médecine générale, pédiatrie, pédopsychiatrie) maintenant exemptes de la clause du besoin suite aux interventions de l'AMGE et l'AMIG. Cet épisode reste néanmoins la preuve d'une analyse déficiente avant le déploiement de mesures qui ne correspondaient pas à la réalité du terrain et dont ont souffert praticiens et patients. Avec le temps, face à l'augmentation des exigences administratives et à la montée de la complexité des modes d'exercice (temps partiel, structures mixtes public privé, pratique multi-spécialités, praticiens retraités toujours en activité partielle), l'application cantonale est devenue plus complexe et dans le même temps plus opaque.

Pour rappel, la formule théorique à la base de la clause du besoin de décline comme suit :

$$\text{Nombre maximal} = \frac{\text{offre de médecins}}{\text{taux de couverture}} \times \text{facteur de pondération}$$

Nous n'élaborerons pas sur les méthodes de calcul du taux de couverture en soin fournies par l'OBSAN. Cependant, le canton est en charge pour chaque spécialité de définir l'offre actuelle dont découlera le nombre maximal de praticiens autorisés. À cette fin, le canton se base-t-il sur un relevé de chiffre d'affaires des praticiens ? Sur un relevé des consultations AOS fourni par les assureurs ? Que nenni, cette offre est définie sur une base déclarative des médecins actifs, par un formulaire informatique et ce sans vérification de la validité des données par l'Office Cantonal de la Santé (OCS). Nous avons donc d'ores et déjà constaté des dérives fréquentes de surévaluation des taux de pratique déclarés par les praticiens, de crainte de perdre un droit de facturer à l'AOS si leur taux réel était jugé trop faible. Il existe donc dans l'offre officielle des praticiens

« fantômes » qui ne fournissent pas de réelle offre de soin à la population, ou une offre bien moindre à celle annoncée, mais qui empêchent très efficacement l'accession au droit de facturer de jeunes médecins cherchant à s'installer. Nous ajoutons par ailleurs que ces offres seront réévaluées non pas en temps réel ni même annuellement mais tous les 3 à 4 ans. Nous avons donc déjà constaté des situations ubuesques de praticiens décédés mais pratiquant toujours de manière bien active au sens des registres étatiques. Difficile de faire comprendre à un jeune collègue qu'il doit laisser préséance à la pratique d'un collègue aîné et malheureusement défunt...

Les conséquences concrètes sont déjà visibles et lourdes. De jeunes collègues, fraîchement spécialistes FMH, se retrouvent cantonnés au statut de salarié hospitalier, facturant au nom de l'institution, sans possibilité d'ouvrir leur propre activité libérale malgré une demande de soins manifeste sur le terrain. Nous relevons par ailleurs que ces praticiens facturent dans leur institution et contribuent donc aux couts de la santé. Simplement pas sous leur AOS mais sous DRG ou l'AOS d'un autre médecin. Une victoire ? Vraiment ?

L'un de nos témoignages, cité anonymement avec son accord, illustre ce paradoxe :

« Je suis psychiatre et psychothérapeute. J'ai obtenu mon FMH en janvier 2023 et suis sur la liste d'attente pour le droit de facturer à l'AOS dans le canton de Genève depuis août 2023. [...] Lorsque j'ai repris le cabinet de ma collègue [...], j'ai été complètement assailli de demandes, ne pouvant même pas enregistrer le message sur mon répondeur tellement je recevais d'appels [...]. J'ai été surprise également d'apprendre qu'il y aurait des exceptions à la clause du besoin pour certaines sous spécialités comme l'addictologie [...]. Les données relatives à la gestion de la liste d'attente devraient être accessibles et publiques. »



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

Quatre critiques majeures se dégagent de ce témoignage et des observations de terrain de l'AMIG.

1. Opacité procédurale et incertitude

La gestion de la liste d'attente et le calcul des droits ne sont pas suffisamment transparents. Leur base de données déclarative est discutable quant à sa capacité à refléter la réalité de l'offre médicale et rester à jour. Les jeunes médecins ignorent comment et quand la liste est actualisée, comment sont agrégés et compensés les ETP, et selon quels critères les « exceptions » sont accordées. Cette opacité nourrit une insécurité professionnelle inacceptable: Nombreux sont les projets d'installation suspendus, annulés ou même mort-nés par incertitude alors que la demande populationnelle est bien présente.

2. Injustice, traitement inégal

De par le statut d'établissement de la liste hospitalière, certains centres ont accès plus facilement à des postes facturables AOS « volant », permettant d'engager un médecin non autorisé à facturer à l'AOS pour, théoriquement, couvrir les besoins ambulatoires de la structure. Ceci est l'une des voies politiques utilisées actuellement pour affaiblir la médecine libérale et mener à terme à cette nouvelle vision d'une médecine salariale. Ces institutions, qui plus est, ont un poids infiniment plus important auprès de l'autorité de surveillance que les futurs médecins libéraux en liste d'attente. Ceci instaure un traitement à deux vitesses: d'un côté, des structures institutionnelles capables de négocier; de l'autre, des jeunes praticiens laissés sur la touche. L'accès aux droits de facturation ne devrait pas privilégier des groupes à la puissance de négociation supérieure aux praticiens libéraux.

3. Méconnaissance des nouvelles modalités de travail

La génération montante revendique massivement des taux

d'activité à temps partiel ou modulés. Le système actuel paraît mal équipé pour intégrer des taux de travail flexibles ou fractionnés, ce d'autant que la mise à jour de l'offre se modifie de manière quadriennale. Sans règles claires intégrant le temps partiel et dynamique, la clause du besoin pénalise des modes d'exercice légitimes et contemporains.

4. Limitation quant au libre emploi

Les hôpitaux, cliniques, permanences ou cabinets de groupe choisissent des collaborateurs précis pour convenir à leurs besoins techniques ou humains. Dans un système à flux tendu, il devient impossible d'embaucher le praticien souhaité car seul le premier en liste d'attente est disponible à un temps donné. Cette pratique est limitante et donne lieu à des négociations pour obtenir des « exceptions » mentionnées ci-dessus. Une dérive dans une méthodologie de république bananière valorisant le cas par cas dans les attributions est à craindre et rendrait le système vide de sens en sus des limitations pratiques développées. Ceci pose un problème tant pour les jeunes en liste d'attente que pour les plus âgés qui souhaitent remettre leur patientèle à la relève, ou les actifs actuels qui développent leur offre en souhaitant travailler avec un nouveau collègue ou remplacer quelqu'un dans un groupe.

Nos demandes – pour une réforme urgente et juste

Au vu de ces constats, le comité de l'AMIG revendique des mesures concrètes et immédiates:

- Une transparence complète: publication régulière et publique de l'offre prise en compte, de la liste d'attente, des prochaines actualisations du calcul de l'offre, du mode de calcul des ETP et des motifs d'octroi de chaque exception. Les données doivent permettre aux médecins de comprendre leur position et aux instances professionnelles et politiques d'évaluer l'équité du système.

 **GE-MED**
GENÈVE-MÉDECINS

022 754 54 54

Visites à domicile 24/7

Urgences palliatives

Centre de formation ISFM/FMH



- Une meilleure réévaluation de l'offre: en temps réel et via un moyen de calcul proche de la réalité et quantifiable en lieu et place d'une modalité déclarative non contrôlée. Si ce n'est techniquement pas possible pour l'OCS, il est de leur responsabilité en tant que service public de se donner les moyens que cela le soit. Dans l'intervalle, nous craignons de voir une génération de médecin sacrifiée sur l'autel des mesures politiques louables mais précipitées.
- Une prise en compte du temps partiel: adaptation de la délivrance de l'AOS en cas de temps partiel. Les praticiens qui obtiennent leur AOS devraient annoncer systématiquement le pourcentage de travail envisagé et si l'AOS sera utilisée dans les 6 mois. Si tel n'est pas le cas, ou que le pourcentage donné laisse encore > 20 % d'un ETP libre, une autre AOS devrait être délivrée, même si celle-ci fait temporairement passer la situation en « sur-offre » (d'au maximum 80 % d'un ETP).
- Une préparation des départs: Publication anonymisée du nombre de praticiens entre 65 et 69 ans, pour permettre une meilleure vision d'avenir et une estimation du temps d'attente pour les jeunes des spécialités concernées, ainsi que la mention de la date de la dernière attribution d'une AOS dans la discipline dans le tableau de la liste d'attente.
- Des dispositions transitoires: La mise en pratique de la clause du besoin ayant été brutale et non annoncée suffisamment en amont, des praticiens se sont vu bloquer leur installation à l'issue d'une formation déjà en cours en 2022. Comme déjà soutenu, ces derniers devraient être exemptés de la clause du besoin qui n'existait pas lors du choix de leur plan de carrière.
- Intégrer la formation prégraduée: Une limitation en fin de parcours est synonyme de frustration et de pertes en ressources financières et humaines. La réorientation des praticiens vers les spécialités en carence devrait passer par une incitation précoce plutôt que par un couperet tardif et définitif. Nous saluons les efforts de l'Université de Genève pour la médecine de premier recours et encourageons à les poursuivre pour orienter les collègues de demain selon les besoins de santé publique.

Nous sommes tous partenaires dans l'offre de santé et sa régulation. Nous souhaitons que la clause du besoin soit réformée et développée avec les autorités de santé mais également les médecins d'ores et déjà installés ainsi que ceux dont la formation était déjà entamée mais inachevée lorsqu'elle a été subitement instaurée. À nos consœurs et confrères installés en cabinet, nous souhaitons vous transmettre ces quelques mots: Soyons tous conscients que la pérennité de l'offre médicale

ambulatoire dépend aussi de l'accueil et de la transmission des cabinets à la relève. Soutenir la transparence et des règles équitables, c'est investir dans des praticiens ambulatoires de demain épanouis, motivés et prêts à relever les nouveaux défis qui les attendent. Un système transparent, conjoint, solide et fluide est la garantie d'une santé publique avec une place équitable pour tous, patients comme soignants.

La clause du besoin, en l'état, ne régule plus uniquement l'offre – elle façonne l'avenir professionnel d'une génération tout en échouant à limiter les coûts de la santé à Genève. L'AMIG refuse que des intérêts administratifs ou institutionnels au détriment de l'équité conduisent à l'exode ou à la démission de jeunes médecins. Nous demandons une réforme transparente, juste et adaptée aux réalités contemporaines d'exercice. Il en va de l'accès aux soins de la population et de l'avenir de la médecine genevoise. ●

Le comité de l'AMIG



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](https://www.hug.ch/crans-montana/admissions)

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

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



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA



Le mois dernier, l'AMGe a...

Dossiers traités

Tardoc:

- CSS – concertation communauté tarifaire prix de départ
- Entretien président association des cliniques privées genevoises
- Séances Roche Innovation et Tardoc

Honoraires LCA:

- 4 séances Assura suivi convention et feuille de route
- 4 séances avec la société Atipik : évolution programme de facturation Asteriks

Valeur du point: Séance VPT communauté tarifaire

OCS: Urgences RUG

ROKO: Séance caisse des médecins ROKO 2.0

Séances divers problèmes de facturation

Divers avis juridiques pour membres

Divers échanges assurances, patients, membres refus de remboursements

Echanges SVMed

Séance consultation d'urgences centres RUG

Comité SMSR

Séance avec PharmaGenève

Séances et points hebdomadaires avec l'agence de communication

Rédaction éditorial la Lettre de l'AMGe

Site web atelier

Séances hebdomadaires secrétariat

Entretien médecin cantonal: rémunération activités pré-analytiques

Entretiens juridiques avocats mandataires

FER certificats médicaux

Symposium Suisse-Chine conférence Healthy Aging

Beluga:

- 4 séances de travail : 01 et 15 avril médecine de premier recours / 02 avril promotion de la santé et prévention PSP/ 29 avril intégration de la médecine spécialisée

Médias:

- Interview RTS
- Interview RTS ABE

G7 : procédure obtention de macarons pour médecins membres de l'AMGe

Courriers et documents élaborés

total 667

Assurances internationales (UNSMIS + Cigna)

Conventions Assura-Groupe Mutuel

Problèmes de positions TARDOC

Nouveaux courriers-types honoraires privés, suite aux problèmes avec diverses assurances

Problèmes de prises en charge limitées par les assurances

Tribunal arbitral des assurances: désignation des arbitres

Questions sur la valeur du point

Questions pour le GRESI

Discussions avec le médecin cantonal au sujet de la taxe pré-analytique

COFIL Beluga – Mise en œuvre du GT «Système d'information et outils collaboratifs»

Nouvelles exigences pour l'approbation des conventions tarifaires

G7 : procédure obtention de macarons pour médecins membres de l'AMGe

Activités des organes et commissions de votre association

2 réunions du BUREAU du conseil

21.04.2026 | 28.04.2026

SUJETS TRAITÉS :

Ouverture du Centre de Chirurgie Ambulatoire de Genève

Circulaire médecin cantonal activités pré-analytiques

Communication AMGe

Comptes 2025

1 réunion de la commission de déontologie et de conciliation

15.04.2026

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
Factures et décomptes médecins
Gestion des contrats des médecins conseil
Insertion petites annonces et offres d'emploi sur le site web
Collaboration avec l'agence Nadiacommunication
Gestion des nouveaux membres
Demandes d'adhésion et suivis
Publication agenda et newsletters
Annuaire en ligne pour patients
Mise à jour des coordonnées / annuaire
Bourse emploi et petites annonces
Dossiers médicaux
Bureau et Conseil odj et pv
Changements de statuts / démission / décès
Assemblée générale organisation
Demandes de carnets à souches
Envoi des mailings aux membres
Élaboration des attestations pour les membres
Attestations fiscales
Gestion des dossiers médicaux membres retraités
Mise à jour et tenue base de données Atlas
Mise à jour coordonnées / annuaire
Analyse et compilation mensuelle mails, téléphones et courriels
Tardoc code diagnostic envoi courriers types ou demande de précisions
Gestion et facturation des cotisations
Commandes Certificats Médicaux et adresses @amge
Newsletter hebdomadaire : compilation du contenu et envoi

Séances hebdomadaires avec le secrétaire général
Commandes et facturation matériel pour les membres
Gestion boîte mails info@amge.ch

Communication

Stratégie de communication 2026
Séance communication bureau
Visite culturelle pour les membres
Contenus et publications internes et externes - La Lettre, site web, News Letter
Gestion des contributeurs la Lettre, rédaction rubrique l'AMGe a
Séance communicants SMSR et FMH
Assemblée générale mai
Revue de presse quotidienne
Site internet

En chiffres

Informatique et sécurité



**Assistance
& technique**

45,5h

Projets spéciaux (Assurances LCA, TARDOC, CARA, Atipik, base de données Atlas, Docteur@home) et secrétariat, amélioration logiciel, Assemblée Générale mai 2026 vote test et visite technique salle, matériel audiovisuel et digital pour Assemblée générale, statistiques mensuelles, résolutions de pannes, analyse phishing, résolution de spams, mises en ligne contenus



**Maintenance
et gestion**

29,5h

Messagerie sécurisée

4,5h

Site web

377

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

Mails & Téléphones



509

Appels entrants

125

Appels sortants



3'058

Mails reçus



2'411

Mails envoyés



285

Contacts membres pour aide du support



1'576

Nouveaux tickets pour le secrétariat



2'180

Échanges de mails suite aux tickets



3'201

Total mails reçus



11'729'068

Mails membres stockés sur la plateforme



17'286

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.

21'327

messages rejetés (spams, virus)

126'557

connexions refusées ou échouées – dont une partie provient des criminels

7'853

tentatives de connexions pour l'adresse la plus attaquée

99

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

2'382

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.

31^e JOURNÉE GENEVOISE DE DIABÉTOLOGIE

GENÈVE

AUDITORIUM DE LA FER
Jeudi 17 septembre 2026

13H30 - 17H30

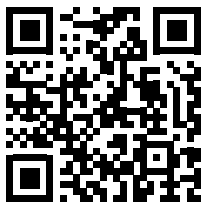
Crédits (à confirmer) :
3 AMG / 3 SSED / 3 SSMIG



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Partenaire média :

**REVUE
MÉDICALE
SUISSE**



PROGRAMME

- 13h30 **Introduction**
Dr Karim Gariani, HUG
- 13h40 **Guidelines ESC 2025 sur les
dyslipidémies : focus sur le
diabète**
Pr François Mach, HUG
- 14h10 **Traitement par incréline dans
le diabète de type 2 en 2026**
Dr Karim Gariani, HUG
- 14h40 **Technologies et diabète,
quoi de neuf ?**
Dr Christophe Kosinski, HUG
- 15h10 **Pause**
- 15h40 **Incrétines et neuroprotection :
un nouveau bouclier contre l'AVC
et le déclin cognitif ?**
Dr Jaafar Jaafar, Genève
- 16h10 **De l'observance à l'engagement
du patient : rôle clé de l'ETP**
Dr Jorge Correia, HUG
- 16h40 **Diabète chez la personne âgée :
quelles spécificités ?**
Pr François Jornayvaz, HUG
- 17h15 **Conclusions**
Pr François Jornayvaz, HUG

INFORMATIONS ET INSCRIPTION

Inscription gratuite mais obligatoire.
Merci de bien vouloir vous enregistrer
sur le site de l'événement :
www.journeediabete.ch

Repères juridiques

Le 9 septembre 2025, le Tribunal fédéral (TF) a délibéré publiquement dans deux affaires concernant le secret médical et a statué en faveur d'une protection de ce dernier. Il estime que, pour clarifier d'éventuelles prétentions en responsabilité, il est loisible aux parties d'introduire une procédure civile de preuve à futur, avant de faire valoir des prétentions devant les tribunaux ou par voie extrajudiciaire. Il ajoute qu'il appartient au patient de prendre les dispositions nécessaires s'il souhaite que ses proches soient complètement informés en cas de décès. Ces arrêts ont été publiés en février 2026 et sont présentés ci-après.

Tribunal fédéral

(1) Le secret médical demeure après le décès de la patiente

C.A. (née en 1959) vivait avec sa mère A.A. Le 21 octobre 2020, C.A. a été transportée en urgence par ambulance à l'hôpital D (canton de TG) en raison d'un accident vasculaire cérébral. Après un premier traitement aux urgences, d'une durée de moins d'une heure, elle a été transférée à l'hôpital E (canton de SG) pour une prise en charge chirurgicale, où elle est décédée le lendemain. A.A. a demandé aux hôpitaux E et D l'accès à l'intégralité du dossier médical, avec toutes les données y afférentes.

Les médecins de l'hôpital E ont été libérés du secret professionnel et instruits d'accorder à l'avocat de A.A. l'accès au dossier médical pour évaluer d'éventuelles prétentions en responsabilité civile. Sur la base de cette levée du secret, A.A. a notamment obtenu les documents de transfert de l'hôpital D.

Dans le canton de Thurgovie, en revanche, l'autorité de surveillance et le tribunal administratif ont refusé la levée du secret médical pour l'ensemble des médecins traitants de l'hôpital D. A.A. a demandé au TF d'annuler la décision précédente et d'autoriser pleinement la levée du secret médical.

Selon le TF, la confidentialité des données médicales reste protégée au-delà du décès, y compris vis-à-vis des proches. Une levée totale et inconditionnelle du secret médical comporterait toujours le risque de porter atteinte à l'intérêt au maintien du secret d'un patient décédé.

Arrêt



Arrêt 2C_15/2023 du 9 septembre 2025



Tribunal fédéral

(2) Le secret médical demeure après le décès du patient

Le 17 mars 2022, E.A. a subi une opération mini-invasive d'une hernie inguinale à l'hôpital F. Après l'intervention, il a été transféré en chambre, où il a ensuite été retrouvé avec une tension artérielle basse et sans réaction adéquate aux sollicitations. Après stabilisation de son état à la suite d'une transfusion sanguine, E.A. a nécessité une réanimation. Pour vérifier une éventuelle hémorragie postopératoire, une opération d'urgence a été effectuée en cours de réanimation, lors de laquelle le patient est décédé.

Le décès a été signalé comme mort suspecte et le Ministère public a ordonné une autopsie. Dans son rapport, l'Institut de médecine légale de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall a constaté qu'E.A. était décédé d'une insuffisance aiguë de la fonction cardiaque due à une hémorragie interne massive provoquée par la rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Aucun lien avec l'intervention pour la hernie inguinale n'a pu être établi.

L'Institut a également indiqué qu'il n'existait aucun indice d'une violation du devoir de diligence ou d'une erreur des médecins traitants.

L'autorité de surveillance et le tribunal administratif du canton de Thurgovie ont refusé la levée du secret médical à l'égard de la veuve et de la fille du défunt, ainsi qu'à l'égard de l'assurance. Les proches ont porté l'affaire devant le TF et demandé la levée du secret médical ainsi que la remise du dossier médical.

Les proches craignaient que le défunt ait été victime d'une erreur médicale et souhaitaient vérifier ce soupçon par voie extrajudiciaire. Une divulgation de données médicales peut exceptionnellement être justifiée par un intérêt privé clairement prépondérant des proches et héritiers. Selon l'instance précédente, le mari et père des recourantes n'avait ni expressément, ni tacitement, consenti à une telle divulgation. En l'absence de consentement de la personne habilitée, il convient d'examiner si les personnes soumises au secret doivent être libérées par une autorité. Même si l'intérêt des proches à la levée du secret est compréhensible, l'intérêt à évaluer la qualité du traitement ou une éventuelle violation du devoir de diligence ne suffit pas, au regard de l'ensemble des circonstances, à prévaloir clairement sur l'intérêt privé et public à la confidentialité.

Arrêt



Arrêt 2C_567/2024 du 9 septembre 2025 (arrêt de principe)



Pénurie de médecins

La pénurie de personnel arrivera avant le manque d'argent

Comme le montre la statistique médicale 2025 de la FMH, la Suisse risque d'être confrontée à une pénurie sans précédent. Afin de garantir l'avenir de la prise en charge médicale, il est donc urgent de lancer une offensive en faveur de la formation, de juguler la bureaucratie et d'offrir des conditions de travail compatibles avec la vie de famille.



Christoph Bosshard
Dr méd., vice-président de la FMH, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur

Cela fait de nombreuses années que le débat sur l'avenir du système de santé porte presque exclusivement sur les coûts : primes, tarifs, réserves d'efficacité, tout semble toujours tourner autour de la question du financement du système. Mais un défi bien plus crucial est occulté : la pénurie de personnel qualifié arrivera bien avant le manque d'argent.

Dépendance structurelle envers l'étranger

Les statistiques actuelles sur les médecins en exercice en Suisse [1] révèlent une dépendance structurelle envers l'étranger qui doit inciter à la réflexion. Environ 75 % des médecins qui entrent chaque année dans le système de santé sont titulaires d'un diplôme de médecin obtenu à l'étranger, tandis que la proportion d'étrangers parmi les spécialistes nouvellement admis à exercer avoisine 50 %. Ces chiffres sont sans appel : la Suisse est loin de pouvoir assurer elle-même la relève médicale dont elle a besoin.

La pénurie de personnel qualifié continuera de s'accroître dans les années à venir, et ce pour des raisons qui n'ont

guère été prises en compte jusqu'à présent dans le débat politique.

Évolution du temps de travail

L'évolution du temps de travail est un facteur déterminant. En Suisse, les médecins travaillent actuellement 43 heures par semaine en moyenne, ce qui est considéré dans la profession comme du « temps partiel », alors même que les jeunes générations de médecins demandent que les conditions de travail se calquent sur les normes nationales. Selon l'enquête de l'Office fédéral de la statistique [2], le temps de travail hebdomadaire moyen en Suisse était de 31 heures en 2024.



Lorsque l'on compare les 43 heures hebdomadaires des médecins à ces 31 heures, on obtient un coefficient d'environ 1,4, ce qui signifie qu'à l'avenir, il faudra 1,4 personne de plus pour accomplir le même travail. En d'autres termes, même si le nombre de personnes actives reste identique, la force de travail des médecins va considérablement diminuer si le temps de travail se rapproche de la moyenne nationale. Cela aura pour effet d'aggraver encore plus la pénurie, surtout lorsque la génération des baby-boomers, dont certains continuent d'exercer bien au-delà de l'âge officiel de la retraite, arrêtera de travailler.

Maintenir les femmes dans la profession

À cela s'ajoute une autre contradiction structurelle. Aujourd'hui, les médecins en exercice sont majoritairement des femmes qui sont cependant largement sous-représentées dans les fonctions dirigeantes. Si nous ne parvenons pas à créer des environnements de travail attrayants, qui permettent une bonne planification, sont compatibles avec la vie de famille et respectueux des parcours professionnels, nous risquons de perdre des médecins qualifiés, soit parce que ces femmes choisiront de réduire leur temps de travail, soit parce qu'elles abandonneront la profession. Nous ne pouvons tout simplement pas nous le permettre.

Augmenter la formation

La réponse à ces défis ne peut être qu'une action forte et cohérente en matière de formation. Nous avons besoin de plus de places d'études dans les universités, de plus de postes de formation postgraduée, principalement dans le secteur ambulatoire. Dans le contexte actuel du virage ambulatoire pourtant souhaité par les milieux politiques, il est incompréhensible de ne pas élargir systématiquement le nombre de postes de formation postgraduée dans ce domaine et surtout dans les cabinets médicaux. Si l'on souhaite transférer des prestations du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, il faut aussi y assurer la formation prégraduée et postgraduée.

Or c'est exactement l'inverse qui se produit. Les restrictions financières, la bureaucratie croissante et le cadre réglementaire exercent une pression supplémentaire sur les soins ambulatoires, affaiblissant injustement un secteur qui apporte pourtant une contribution significative à une prise en charge médicale au meilleur coût et de qualité élevée.

Moins de bureaucratie

Si nous voulons garantir la stabilité de notre système de santé, nous devons changer notre fusil d'épaule: au lieu de se concentrer uniquement sur les coûts, il s'agit de sécuriser stratégiquement les ressources humaines. La formation prégra-

duée et postgraduée, des conditions de travail attrayantes, un cadre fiable pour la pratique en cabinet et des fonctions dirigeantes qui tiennent compte des impératifs de la vie familiale ne sont pas des questions subsidiaires, elles sont à la base de la prise en charge médicale.

Si nous n'agissons pas immédiatement, nous constaterons dans quelques années que nos outils de financement sont certes sophistiqués, mais que nous manquons de médecins pour offrir une couverture médicale adéquate à la population.

Nous manquerons de personnel qualifié avant de manquer d'argent et nous ne voulons ni ne pouvons nous le permettre! ● ● ●

Correspondance

christoph.bossard@fmh.ch

Littérature

- 1 Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2025 de la FMH. Bull Méd Suisses. 2026; (3): 8-10
- 2 Office fédéral de la statistique (OFS). Heures effectives de travail. Chiffres clés, 2024. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/heures-travail/heures-effectives-travail.html> (consulté le 10 mars 2026)

Véhicule d'entreprise pour les médecins : considérations fiscales

La qualification fiscale d'un véhicule en tant que fortune commerciale ou privée s'effectue, en principe, selon la méthode dite de la prépondérance pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante. Selon cette méthode, un véhicule fait partie de la fortune commerciale s'il est utilisé principalement, c'est-à-dire à plus de 50 %, à des fins professionnelles. Ce qui semble clair en théorie s'avère nettement plus nuancé dans la pratique, en particulier pour les médecins. L'arrêt du Tribunal fédéral du 4 avril 2024 (9C_719/2022) apporte des précisions supplémentaires sur cette question.

Dans un cas concret, un médecin indépendant utilisait son véhicule notamment pour se rendre chez ses patients, assister à des séminaires et faire la navette entre son domicile et son cabinet. La majeure partie des kilomètres parcourus chaque année correspondait toutefois au trajet de son domicile à son lieu de travail. Le Tribunal fédéral a précisé que les trajets entre le domicile et le lieu de travail doivent en principe être considérés comme des trajets privés et ne peuvent donc pas être pris en compte comme une utilisation professionnelle dans le cadre de la méthode de la prépondérance. Conséquence: bien que le véhicule était utilisé à des fins professionnelles, il a été attribué à la fortune privée, ce qui a rendu les amortissements et les frais liés au véhicule non déductibles fiscalement.

Cette approche est compréhensible d'un point de vue juridique, mais conduit dans la pratique à des résultats qui ne reflètent pas toujours la réalité de l'activité. Pour les médecins indépendants en particulier, l'utilisation d'un véhicule fait souvent partie intégrante de l'activité du cabinet. Les visites à domicile, les interventions sur plusieurs sites, les services

d'urgence ou les formations continues exigent souvent une certaine flexibilité. Parallèlement, le trajet du lieu de domicile au travail, notamment en cas de déplacements réguliers vers le cabinet, peut représenter une part considérable du kilométrage total. Une approche purement quantitative ne suffit donc pas.

Dans ce contexte, il est particulièrement important de noter que le Tribunal fédéral lui-même précise que ce n'est pas uniquement la répartition des kilomètres qui est déterminante, mais la fonction technique et économique du véhicule dans le cadre de l'activité professionnelle. Un bien fait partie de la fortune commerciale lorsqu'il « sert essentiellement les intérêts de l'activité lucrative indépendante ». Cette affirmation ouvre une marge d'interprétation qui doit être appréciée de manière nuancée dans la pratique.

Dans le domaine médical, il est donc souvent possible de justifier qu'un véhicule est nécessaire à l'exploitation, même si le seuil de 50 % n'est pas atteint. Cela vaut en particulier pour les visites à domicile effectuées à intervalle régulier, les interventions sur plusieurs sites ou lorsqu'une grande flexibilité est requise.

Certaines particularités structurelles, telles que la proximité entre le lieu de domicile et le cabinet, peuvent également fausser les statistiques de kilométrage et doivent donc être prises en compte.

Il semble approprié de ne pas considérer la méthode de la prépondérance comme un simple critère mécanique basé sur le kilométrage, mais de l'appliquer dans le cadre d'une appréciation globale. Dans la pratique, cela signifie qu'un véhicule peut continuer d'être considéré comme faisant partie de la fortune commerciale, à condition que sa fonction professionnelle soit clairement documentée et justifiée de manière compréhensible – même si son utilisation professionnelle est inférieure à 50 %. Un tel argumentaire exige toutefois une préparation claire et anticipée vis-à-vis des autorités fiscales.

Indépendamment de la qualification en tant que fortune commerciale ou privée, il existe d'autres possibilités pour la prise en compte fiscale de l'utilisation du véhicule. Si le véhicule est affecté à la fortune privée, les kilomètres effectivement parcourus à titre professionnel peuvent être consignés dans un livre de bord et déduits à titre de frais professionnels

Extrait du Bulletin des médecins suisses N° 4 2/2

● ● ● FMH Services - La plus grande organisation de services du corps médical | Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N° 4 | Mai 2026
Responsabilité rédactionnelle: FMH Services

sur la base d'un forfait de CHF 0,75 par kilomètre.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, on notera par ailleurs que les trajets entre le lieu de domicile et le lieu de travail sont en principe considérés comme privés. Une approche nuancée peut toutefois s'imposer lorsque des visites à domicile ou des interventions en dehors du cabinet sont effectuées régulièrement. Dans de tels cas, on peut faire valoir que le trajet entre le lieu de domicile et le cabinet est intégré à l'activité professionnelle et qu'il doit être considéré, au moins en partie, comme des frais d'acquisition d'un revenu. Cela nécessite toutefois une justification et une documentation minutieuses du cas particulier.

Dans tous les cas, il est recommandé de documenter systématiquement l'utilisation du véhicule, par exemple au moyen d'un livre de bord (même simplifié) ou avec des relevés relatifs aux interventions externes. En outre, il doit être clairement établi que le véhicule est nécessaire à l'exploitation. L'utilisation privée peut continuer à être comptabilisée de

manière forfaitaire par le biais de la part privée (par exemple 0,9% par mois) ou sur la base d'un calcul effectif. Pour les véhicules dont la valeur d'acquisition est supérieure à CHF 120 000 (hors TVA), il faut en outre de tenir compte d'une part privée plus élevée.

L'arrêt du Tribunal fédéral doit donc être interprété non pas comme une restriction rigide, mais plutôt comme une précision des principes existants. Pour les médecins exerçant à titre indépendant, il reste essentiel de présenter de manière transparente l'utilisation professionnelle du véhicule et de la représenter correctement sur le plan fiscal. Ce n'est pas seulement le nombre de kilomètres qui est déterminant, mais la fonction économique du véhicule dans le contexte global de l'activité.



Christoph Lautenschlager
Expert fiduciaire
diplômé



Rolf Willmann
Agent fiduciaire avec
brevet fédéral, Gérant
d'immeubles avec
brevet fédéral, Expert
agréé en matière de
révision LSR

FIDUCIAIRE

TBO Treuhand AG*

Steinstrasse 21
8036 Zurich
Téléphone 044 457 15 75
mail@fmhfiduciaire.ch, www.fmhfiduciaire.ch

Willmann Treuhand AG*

Alpenstrasse 11
6004 Lucerne
Téléphone 041 417 20 05
mail@fmhfiduciaire.ch, www.fmhfiduciaire.ch

*TBO Treuhand AG et Treuhand Willmann AG sont des partenaires juridiquement et économiquement indépendants recommandés par la coopérative FMH Services.





Fiduciaire

Simplement
déchargé

fmhservices.ch

Individuel et familial
Nos experts fiduciaires vous épaulent aussi dans les cas complexes

- Plan d'affaires et possibilités de financement
- Comptabilité, y c. clôture des comptes
- Conseil fiscal et planification fiscale

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



Statistique médicale 2025 de la FMH

Peu de femmes aux postes de direction

Les chiffres de la statistique médicale 2025 de la FMH ont été publiés : 44 612 médecins exercent en Suisse. La part des femmes reste faible aux postes de médecin-chef (20 %), alors qu'elles représentent près de la moitié du corps médical.

Stefanie Hostettler^a, Esther Kraft^b

^aDre sc. ETH Zurich, collaboratrice scientifique Développement numérique, données et qualité, FMH.
^blic. rer. oec., responsable Développement numérique, données et qualité, FMH

L'âge moyen des médecins en Suisse est de 50 ans et un quart est âgé de 60 ans ou plus. Parmi les 44 612 médecins en exercice, 48 % sont des femmes (Tab. 1). Par rapport à l'année précédente, le nombre total de médecins a augmenté de 2010, soit une hausse de 5%. Globalement, la densité médicale, avec 4,2 équivalents plein temps (EPT) pour 1000 habitants, est comparable à celle des pays voisins. Toutefois, la faible densité de médecins de premier recours (0,9 EPT pour 1000 habitants) indique une situation tendue. De même, la part de médecins formés à l'étranger qui atteint 43 % et se situe bien au-dessus de la moyenne de 20 % observée dans les pays de l'OCDE [1] met en évidence la pénurie de personnel qualifié.

Encore peu de médecins-chefs

Alors que la part des femmes parmi les médecins en formation postgraduée at-

teint 60 %, elle diminue à mesure que le niveau hiérarchique augmente (Fig. 1) : cheffes de clinique (54 %), médecins adjointes (36 %) et médecins-chefes (20 %). Selon le « Glass Ceiling Index » de l'Université de Saint-Gall [2], qui mesure l'écart entre la représentation des femmes et des hommes dans les fonctions de cadres intermédiaires et supérieurs, le secteur de la santé est celui où le plafond de verre est le plus marqué pour les femmes. Avec une valeur de 4,8, le corps médical se classe au dernier rang, derrière les assurances (3,4) et les banques (2,6). Une valeur de 1 correspondant à la parité.

À partir d'un certain niveau hiérarchique, la progression des femmes médecins semble se heurter au phénomène de la « leaky pipeline », autrement dit à une sous-représentation croissante aux niveaux supérieurs de la hiérarchie. Parmi les facteurs explicatifs figurent notamment des structures qui compliquent la

Une bonne prise en charge médicale nécessite un nombre suffisant de personnel qualifié.

conciliation entre vie professionnelle et vie privée, ainsi que des processus de promotion peu transparents. Des modèles flexibles, comme le partage de poste, une culture de travail respectueuse et une plus grande transparence dans l'attribution des postes à responsabilité contribuent à accroître la part des femmes [3]. Des programmes tels que « Coach my Career » lancé par la FMH et « Aiming Higher » proposé par l'Université de Saint-Gall aident les jeunes femmes médecins à planifier leur carrière de manière ciblée, tout en renforçant leurs compétences personnelles et leurs réseaux.

Tableau 1: Nombre de médecins en exercice par sexe et par secteur (activité principale) en 2025

	Femmes		Hommes		Total		EPT
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Secteur ambulatoire	11 494	46,7	13 096	53,3	24 590	55,1	19 424
Secteur hospitalier	9 791	50,7	9 520	49,3	19 311	43,3	17 958
Autre secteur	305	42,9	406	57,1	711	1,6	560
Total	21 590	48,4	23 022	51,6	44 612	100,0	38 157

Extrait du Bulletin des médecins suisses N° 3 2/3

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N° 3 | Avril 2026

Dossier ● ● ●

Part élevée de médecins formés à l'étranger

43% des médecins exerçant en Suisse ont suivi leurs études de médecine et obtenu leur diplôme à l'étranger. Au cours des dernières années, la part de médecins étrangers a augmenté de manière continue (Fig. 2). En 2015, elle était encore de 32%. Les médecins formés à l'étranger sont à l'origine de 86% de la croissance du corps médical en Suisse (statistiques de

l'OCDE sur la santé 2025: «Contribution des médecins formés à l'étranger à la croissance des effectifs de médecins» [1]). Au sein de l'OCDE, la Suisse figure parmi les pays où la proportion de médecins formés à l'étranger est la plus élevée [1].

En 2023, la Suisse enregistrait 13,8 nouveaux diplômés en médecine humaine pour 100 000 habitants. Bien qu'en hausse depuis 2010, ce chiffre reste inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui s'élève

à 14,3. En 2025, 3272 diplômes de médecin étrangers et 1533 titres de spécialiste étrangers ont été reconnus. Parmi les médecins ayant obtenu un titre fédéral de spécialiste en 2025, 52% étaient titulaires d'un diplôme de médecin étranger.

Temps partiel et cabinets de groupe

Les médecins veulent de plus en plus exercer à temps partiel et dans des cabinets de groupe. En 2015, 56% des médecins tra-

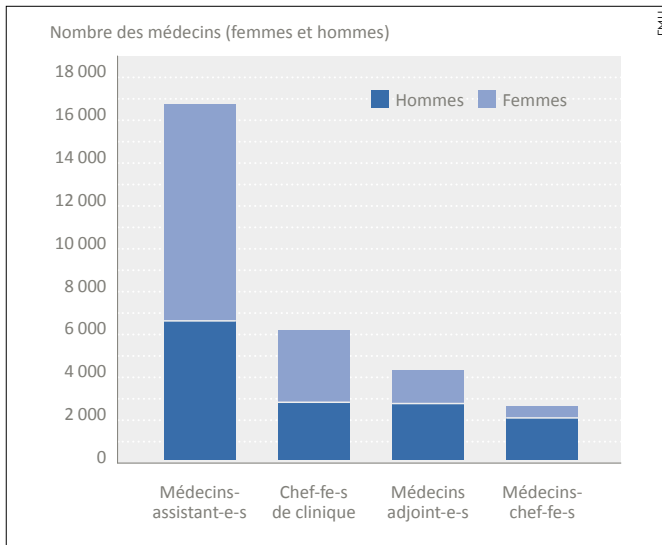


Figure 1: Nombre de médecins par fonction et par sexe dans le secteur hospitalier en 2025

Base de données

La statistique médicale de la FMH est établie en fin d'année (jour de référence: 31 décembre). La banque de données de la FMH (n = 44 612) recense les principales caractéristiques de la démographie médicale: âge, sexe, nationalité et lieu d'exercice. Les données concernant l'activité professionnelle (taux d'activité, structure des cabinets, etc.) sont recueillies au moyen d'un questionnaire sur le portail des membres myFMH. En 2025, l'échantillon myFMH contenait les données de plus de 22 245 médecins. Les indicateurs mettent en lumière le corps médical dans un cadre temporel global.

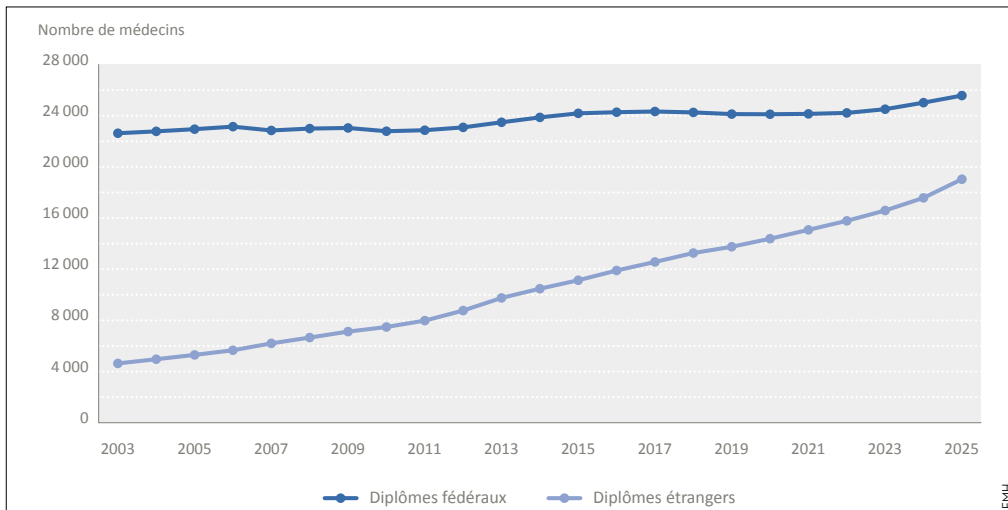


Figure 2: Nombre de médecins titulaires d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger en 2025

vaillaient en cabinet individuel, contre seulement 39% aujourd'hui. Ces dernières années, le taux d'activité a connu une baisse régulière. Il est passé de 8,9 demi-journées en moyenne par semaine en 2015 à 8,6 aujourd'hui. Cela correspond néanmoins encore à un temps de travail hebdomadaire d'environ 43 heures, soit un plein temps dans d'autres professions. Les médecins de premier recours exerçant en cabinet rapportent une charge de travail élevée, des capacités limitées [4, 5] et un important investissement en temps pour les tâches administratives [6]. Avec en moyenne 0,9 EPT pour 1000 habitants, la force de travail en médecine ambulatoire de premier recours est inférieure à celle des spécialistes exerçant en ambulatoire (1,2 EPT pour 1000 habitants). Pour les soins dispensés dans les hôpitaux, 2 EPT pour 1000 habitants sont disponibles.

Soulager les médecins

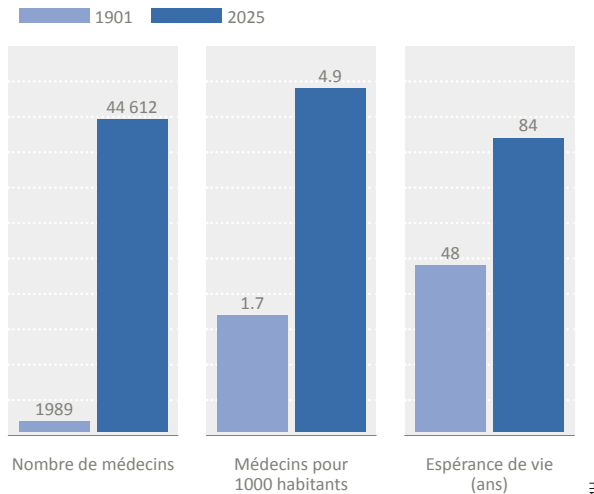
L'augmentation de la bureaucratie accroît la pression au quotidien et réduit le temps disponible pour la prise en charge des patients. Selon l'enquête annuelle menée auprès du corps médical par l'institut de recherche gfs.bern sur mandat de la FMH, les médecins envisagent de plus en plus souvent de quitter le système de santé [7]. Cette part s'élève à 19% parmi les médecins en formation postgraduée, à 18% parmi les médecins exerçant en ambulatoire (cabinets médicaux) et à 10% parmi les médecins hospitaliers.

La part des personnes âgées augmente, tandis que le nombre de personnes en âge de travailler recule. Il deviendra plus difficile d'augmenter encore, parmi la population en âge de travailler, le nombre et la part des personnes actives dans le domaine de la santé et des soins, sans mettre en péril les emplois dans

d'autres secteurs [8]. Le recrutement de professionnels de santé à l'étranger rend le système de santé vulnérable et soulève également des questions éthiques [8]. Pour répondre à la demande croissante de prestations de soins et maintenir les médecins dans la profession, une stratégie à plusieurs volets est nécessaire. Le nombre de places d'études en médecine et de postes de formation postgraduée doit continuer à augmenter. Une meilleure répartition des tâches, une intégration plus étroite des soins infirmiers et un recours ciblé à la technologie permettent une utilisation plus efficace des ressources humaines. La FMH sensibilise les politiques et le public aux conséquences de la pénurie de médecins, s'engage en faveur de la réduction des tâches administratives et plaide pour moins de microréglementation, pour une numérisation utile et des conditions de travail attrayantes. ●●●

125 ans de la FMH

En 1901, année de fondation de la FMH, 1989 médecins étaient enregistrés; aujourd'hui, ils sont bien plus nombreux. La densité médicale a elle aussi fortement évolué: de 1,65 médecin pour 1000 habitants à l'époque à environ 4,9 (personnes, et non équivalents plein temps) aujourd'hui. Parallèlement, l'espérance de vie en Suisse est passée en moyenne de 48 à 84 ans. Cette évolution témoigne de la professionnalisation et du développement de l'offre de soins, que la FMH accompagne depuis 125 ans. Depuis des décennies, la statistique médicale de la FMH fournit une base de données centrale: relevée de manière systématique et continuellement mise à jour, elle constitue un outil indispensable à la planification de l'offre de soins dans le système de santé de notre pays.



Correspondance

ddq@fmh.ch

Littérature

- 1 OCDE. Panorama de la santé 2025: les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE. 2025
- 2 Université de Saint-Gall. Gender Intelligence Report 2025. Univ St Gallen Rep. 2025
- 3 Rédaction Medinside. Frauen entsprechen noch immer nicht dem Bild des « starken Chefarztes ». Medinside. 2025
- 4 Villiger R, et al. Well-being of the Swiss General Internal Medicine workforce: a nationwide survey. Swiss Med Wkly. 2025; 155: 4073
- 5 Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe). Étude Workforce 2025. La pénurie de médecins de famille s'aggrave, les soins médicaux de base en Suisse sont fortement menacés. Rapport mfe 2025
- 6 Dorn M. Médecins de premier recours – Situation en Suisse et en comparaison internationale. Rapport de l'Obsan 01/2026
- 7 Trezzini B, et al. L'allègement administratif est impératif. Bull Méd Suisses. 2025; (29): 13-15
- 8 Healthcare Personnel Commission. Time to Act: The Personnel in a Sustainable Health and Care Service. Healthc Pers Comm Rep. 2023

● ● ● ISFM - Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N° 4 | Mai 2026

Rapport de gestion 2025 de l'ISFM

Crise des titres et évolutions

Au terme d'une année exigeante, l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) entrevoit des perspectives plus favorables. Retour sur les principaux défis, notamment la crise des titres de formation postgraduée.



Nathalie Koch
Dre méd., présidente
a.i. de l'ISFM, spécia-
liste en psychiatrie
et psychothérapie

L'année écoulée aura été exigeante et riche en événements pour l'ISFM, sur fond de crise dans le domaine de l'octroi des titres de formation postgraduée. L'allongement des délais de traitement a suscité un mécontentement aussi fort que compréhensible chez les médecins en attente de leur titre. Pour faire face à cette situation, l'ISFM a mobilisé d'importantes ressources, tant internes qu'externes, afin de stabiliser les processus, renforcer les équipes et accélérer le traitement des dossiers.

La conjonction de plusieurs facteurs interdépendants a conduit à cette situation de crise. Le nombre de qualifications pouvant être obtenues au terme de la formation postgraduée n'a cessé d'augmenter et de se complexifier. Cette évolution a impacté la transformation numérique contribuant, en lien avec la pénurie de personnel qualifié dans l'équipe chargée de l'octroi des titres, à des délais de traitement de plus en plus longs depuis fin 2024.

La décision de la Dre Monika Brodmann Maeder de se retirer de la présidence de l'ISFM fin septembre a marqué un changement important. Fer de lance de la formation postgraduée basée sur les compétences au sein de l'ISFM, elle a jeté les bases d'une modernisation en profondeur de la formation médicale postgraduée. Nous la remercions pour son engagement remarquable et pour l'impulsion

La gestion de la crise a été professionnalisée dans le cadre d'une cellule de crise commune, soutenue par des conseillers externes.

durable qu'elle a donnée au développement stratégique de l'ISFM.

Au second semestre 2025, le projet de formation postgraduée basée sur les compétences a été temporairement relégué au second plan, l'ISFM ayant dû mobiliser prioritairement ses ressources pour faire face à la crise persistante liée à l'octroi des titres. L'institut devra revoir la planification de ce projet pour poursuivre son développement. Dans l'immédiat, il s'agit de former le personnel impliqué dans le traitement des demandes de titres, d'accroître les éléments de contrôle automatique et d'envisager une certaine harmonisation des règles pour prévenir durablement les difficultés qui ont conduit à la situation de crise.

À la suite du départ de Monika Brodmann Maeder, la direction et le comité de l'ISFM ont nommé la Dre Nathalie Koch, jusqu'alors vice-présidente et membre de la direction, à la présidence ad interim. Sous cette nouvelle direction, l'ISFM et la FMH ont réuni leurs forces pour entamer un nouveau départ en octobre: la gestion de la crise a été professionnalisée dans le cadre d'une cellule de crise commune, soutenue par des conseillers externes. La FMH a en outre mis des

ressources humaines supplémentaires à disposition afin de soutenir l'ISFM. L'objectif commun est de surmonter la crise d'ici fin 2026.

Il est bien évident qu'il faudra du temps à l'ISFM pour regagner la confiance du corps médical. Cependant, chaque crise offre aussi l'occasion de se réinventer. Une fois le cap retrouvé dans l'octroi des titres, l'ISFM réorientera sa stratégie en tenant compte des enseignements tirés de la crise.

Les mesures engagées pour sortir de la crise

En 2025, l'ISFM a mis en œuvre un ensemble de mesures pour surmonter la crise liée à l'octroi des titres de formation postgraduée. Sur mandat de la Chambre médicale, les ressources ont été prioritairement concentrées sur le traitement des demandes et l'optimisation du logbook électronique, tandis que les activités non essentielles ont été temporairement réduites.

La numérisation a constitué un levier central: la standardisation des processus et l'introduction d'étapes partiellement automatisées, soutenues par l'intelligence artificielle, visent à réduire les vérifications manuelles et à raccourcir durablement les délais. Parallèlement, la communication a été renforcée, une analyse des processus internes a été engagée avec l'appui d'experts externes et le dispositif de gestion de crise a été consolidé dans le cadre d'une cellule conjointe ISFM-FMH.

Des recrutements supplémentaires ainsi que le recours temporaire à des médecins experts ont permis d'augmenter les

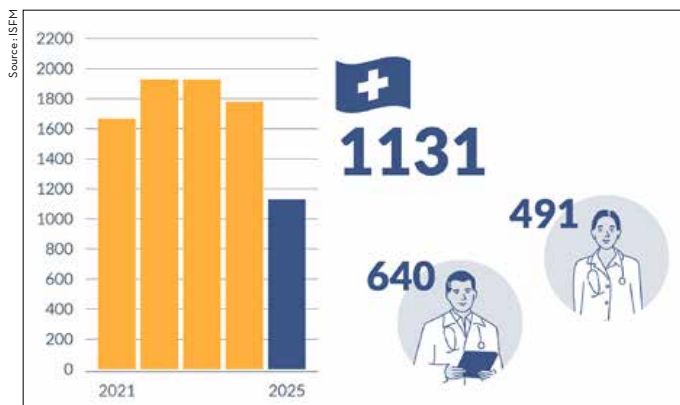


Figure 1: Titres fédéraux de spécialiste délivrés par année, 2021-2025

La numérisation restera un axe central pour améliorer l'efficacité et la standardisation des processus.

capacités de traitement et d'accélérer la résorption des dossiers en suspens.

Quelques chiffres

Notre Secrétariat, composé d'environ 35 collaboratrices et collaborateurs répartis dans cinq sections spécialisées et une section dédiée à la recherche et au développement, assure la qualité et l'évolution continue de la formation médicale.

Dans la section « Titres de formation postgraduée », l'allongement des délais d'octroi des titres s'est traduit par un arriéré d'environ 2500 dossiers en octobre 2025. Le renforcement des équipes par des médecins expérimentés en fin d'année a permis d'amorcer une stabilisation, avec pour objectif un retour à la normale d'ici fin 2026. Le nombre de titres délivrés en 2025 est ainsi inférieur à celui des années précédentes (Fig. 1).

La section « Formation continue, administration et organes » coordonne les travaux administratifs et la révision des programmes. En raison de la crise dans le domaine des titres de formation postgraduée, les révisions de programmes ont été moins nombreuses que d'ordinaire durant l'année sous revue. En revanche, un nombre record de 332 demandes de reconnaissance de formations continues non

spécifiques ont été traitées, dont 312 approuvées et labellisées « ISFM approved ».

La section « Établissements de formation postgraduée » a examiné près de 900 demandes et organisé plus de 200 visites d'évaluation parmi les quelque 5000 établissements reconnus en Suisse, contribuant ainsi à garantir la qualité de la formation.

La section « Informatique médicale » développe et gère les principales applications numériques de l'ISFM. Après un important renouvellement du personnel, une réorientation a permis de renforcer le logbook électronique par des contrôles automatisés et d'améliorer l'efficacité organisationnelle.

Enfin, la section « Droit et relations internationales » a été renforcée par trois nouvelles collaboratrices. Ses ressources ont été principalement consacrées au traitement des demandes de titres et à la formation interne, dans un contexte de forte charge de travail qui restera exigeant en 2026.

Perspectives 2026

En 2026, l'ISFM continuera de concentrer ses efforts sur le traitement des demandes de titres de formation postgraduée, conformément au mandat de la Chambre médicale. Les mesures engagées seront poursuivies afin de stabiliser durablement les délais et de consolider les changements qui sont nécessaires pour résoudre la crise.

Le recours accru à des médecins pour l'examen des dossiers permettra d'augmenter la capacité opérationnelle. La numérisation restera un axe central

pour améliorer l'efficacité et la standardisation des processus, tandis que l'organisation et la communication continueront d'être adaptées afin d'assurer un dialogue transparent des parties prenantes.

À terme, il s'agira de réduire progressivement le recours aux soutiens externes pour permettre à l'ISFM d'absorber durablement l'ensemble des tâches qui lui incombent avec ses propres ressources et de garantir une gestion autonome et stable de ses activités. ●●●

Correspondance
kommunikation@siwf.ch

Rapport de gestion de l'ISFM disponible en ligne

Qu'est-ce qui a marqué l'année 2025 à l'ISFM ? Le rapport de gestion propose un aperçu synthétique des principales évolutions et des mesures mises en place :



<https://report2025.siwf.ch/fr/index.cfm>

Planification des soins

Y aura-t-il suffisamment de médecins à l'avenir ?

Sous l'effet de l'évolution démographique, les besoins en soins sont appelés à croître. Si le nombre de places d'études en médecine n'augmente pas nettement, la pénurie de médecins s'aggravera.

Stefanie Hostettler^a, Esther Kraft^b

^aDre sc. ETH Zurich, collaboratrice scientifique Développement numérique, données et qualité FMH, ^blic. rer. oec., responsable Développement numérique, données et qualité FMH

La Suisse dispose de l'un des meilleurs systèmes de santé au monde en termes d'état de santé de la population, d'accès aux soins, de qualité de la prise en charge, de ressources en personnel et en infrastructures, de satisfaction et de sécurité des patients [1-3]. Les médecins en provenance de l'étranger y contribuent de manière décisive. En 2025, 43 % des médecins en activité avaient obtenu leur diplôme à l'étranger [4]. Or cette dépendance complique fortement la planification des ressources médicales.

Hausse des besoins en soins

La population suisse vieillit. Le nombre des 65 ans et plus rapporté à la population en âge de travailler devrait nettement augmenter, passant d'environ un tiers aujourd'hui à près de 45 % d'ici 2055 [5]. Cette évolution s'accompagne d'une hausse de la demande, en particu-

lier pour les maladies chroniques et les prises en charge complexes. Par ailleurs, différents facteurs non démographiques, tels que les attentes croissantes de la population et les avancées médicotéchniques, contribuent eux aussi à accroître la demande de prestations médicales. Davantage de médecins seront nécessaires pour y répondre et assurer les soins de la population.

Besoins futurs en médecins

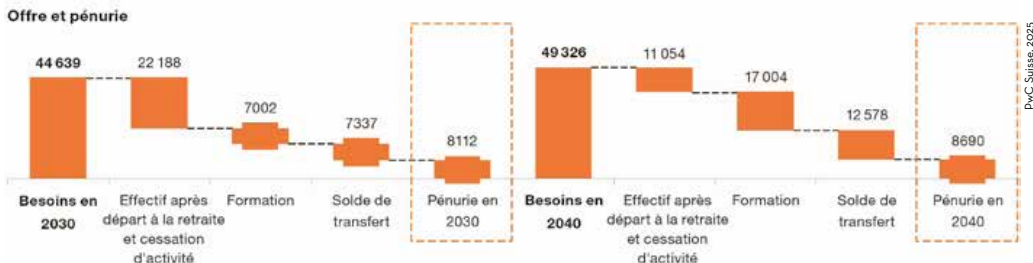
À l'aide d'un modèle de simulation (voir encadré), l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a calculé les besoins en spécialistes selon différents scénarios [6, 7] en tenant compte de facteurs tels que la démographie, le transfert de certaines tâches et prestations et les impacts technologiques. Même s'il est difficile de quantifier cette évolution à l'aune des changements économiques, sociaux et technologiques,

les analyses ont permis de tirer des enseignements importants.

L'étude de l'Obsan montre clairement que la Suisse ne pourra pas couvrir ses besoins en spécialistes sans recourir à des médecins étrangers. Des signes de pénurie, déjà perceptibles aujourd'hui et appelés à se renforcer à l'avenir, ont été relevés en médecine de premier recours, en pédiatrie, en psychiatrie et psychothérapie et en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Une étude de PwC estime quant à elle qu'il manquera environ 8700 médecins (à plein temps) d'ici 2040 (Fig. 1) [8]. Ses résultats confirment les calculs de l'Obsan selon lesquels la pénurie touchera la médecine de premier recours, la pédiatrie et la psychiatrie et psychothérapie.

Aujourd'hui déjà, un tiers des cabinets de médecine de premier recours n'acceptent plus de nouveaux patients [3]. Les



Les chiffres sont calculés en équivalents temps plein (ETP).

Analyse PwC, Office fédéral de la statistique



La Suisse devrait former davantage de médecins.

résultats de l'étude Workforce 2025 montrent que trois quarts des médecins de famille interrogés constatent une pénurie dans leur région [9]. Selon cette étude, compte tenu du vieillissement du corps médical, 40% des médecins de famille devront être remplacés d'ici 2035. Il convient également de tenir compte du développement du travail à temps partiel, qui implique une répartition du volume global de travail entre un plus grand nombre de médecins. Cette tendance s'observe aussi au sein du corps médical en Suisse. Dans les soins de premier recours, le temps de travail hebdomadaire est passé de 42 heures en 2015 à 39 heures en 2025, selon la statistique médicale de la FMH.

Le monitoring des médecins de l'Obsan montre que les besoins en recrutement sont en hausse. En 2018, 3341 offres d'emploi destinées aux médecins ont été publiées en ligne, contre 9779 en 2025 [10]. En réalité, ce besoin est probablement encore plus élevé, car selon

Les données disponibles doivent être améliorées afin de mieux évaluer les besoins en prestations.

l'Obsan, les médecins installés ne mettent pas systématiquement leurs postes vacants au concours.

Choix de la discipline

Pour la planification des soins, la Suisse devrait former davantage de médecins et réduire sa dépendance à l'égard des médecins venus de l'étranger. C'est également ce qu'exige le Code de pratique mondial de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui invite les pays à former eux-mêmes le personnel de santé dont ils ont besoin. Une étude de l'Université de Zurich a montré que les activités médicales exercées, la possibilité de travailler à temps partiel et les relations avec les patients

constituent des critères importants dans le choix de la discipline [11]. Les expériences pratiques durant les études jouent également un rôle déterminant: l'année à option arrive en tête avec 91%, suivie des cours cliniques au contact des patients (70%). Cela souligne l'importance de la composante médicale dans la construction de choix professionnels à la fois évolutifs et complexes chez les étudiants. ●●●

Correspondance
ddq@fmh.ch

Littérature

- 1 OCDE. Panorama de la santé 2025: les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE. 2025
- 2 Euro Health Consumer Index by Country 2026. World Popul Rev. 2026
- 3 Dorn M. Médecins de premier recours – Situation en Suisse et en comparaison internationale. Obsan Rep. 2026; 1 (en allemand avec un résumé en français)
- 4 Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2025 de la FMH – Peu de femmes aux postes de direction. Bull Méd Suisses. 2026; 107(5): 8-10
- 5 Évolution démographique en Suisse – chances et défis. Rapport du Conseil fédéral en complément du message sur le programme de la législature 2023-2027. 2025
- 6 Burla L, Widmer M, Zeltner C. Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse. Partie 1: Total des domaines de spécialité, médecine générale, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie et orthopédie. Obsan Rep. 2022; 4
- 7 Burla L, et al. Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse. Partie 2: Total des domaines de spécialité, gynécologie, psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents, ophtalmologie et cardiologie. Obsan Rep. 2023; 5
- 8 PwC. Perspectives d'avenir pour le paysage hospitalier suisse. 2025
- 9 Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe). Étude Workforce 2025. La pénurie de médecins de famille s'aggrave, les soins médicaux de base en Suisse sont fortement menacés. Rapport mfe 2025
- 10 Obsan, Monitoring national des médecins. 2025
- 11 Di Gangi S, et al. Dynamics of Career Attractiveness and Preferences among Swiss Medical Students: An Observational Study at the End of the Master's Program. Med Educ Online. 2025; 30(1)

Modèle de simulation

Pour son étude, l'Obsan a estimé l'effectif futur de spécialistes [5, 6] en retranchant le nombre de médecins qui n'exercent plus de l'effectif actuel, et en y ajoutant le nombre de nouveaux médecins. Les besoins à venir sont calculés à partir du recours actuel aux soins, en tenant compte de l'évolution que devraient connaître les différents facteurs qui l'influencent. Le modèle de simulation ne permet pas de déterminer si le recours actuel aux soins correspond aux besoins dans une discipline donnée. En revanche, il permet de montrer quelles pourraient être les évolutions futures dans des conditions modifiées et d'évaluer, par exemple, l'effet d'une baisse du taux d'activité sur l'offre de soins. Cela fournit une base de référence pour analyser notamment l'impact de l'augmentation du nombre de places d'études et de postes de formation postgraduée.

Médecine de premier recours

Dépendre de l'étranger alimente la pénurie

Chacun sait que la Suisse s'en remet à une forte dépendance de l'étranger pour son approvisionnement en médecins. Beaucoup ignorent cependant que c'est un moteur important de la pénurie en médecine de premier recours.



Nora Wille
Dre phil., collaboratrice scientifique
personnelle de la
présidente de la FMH



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

Avantage aux disciplines spécialisées

En 2024, 45 % des 3529 nouveaux spécialistes (n = 1595) ont accompli leur formation postgraduée à l'étranger, contre 55 % (n = 1934) en Suisse. Dépendre ainsi de l'étranger impacte directement la médecine de premier recours. Près de la moitié (45 %) des médecins formés en Suisse se sont spécialisés en médecine interne générale ou en pédiatrie ou ont obtenu leur titre de médecin praticien (les trois relevant de la médecine de premier recours), contre seulement un tiers (34 %) de celles et ceux au bénéfice d'un titre de formation postgraduée obtenu à l'étranger [3].

Intérêt pour la médecine de premier recours

Cette situation n'est pas nouvelle. Depuis 2011 (au moins), le nombre de médecins spécialisés en médecine de premier recours est systématiquement inférieur chez les médecins étrangers que chez les

médecins qui ont accompli leur formation postgraduée en Suisse [1]. Il suffit d'examiner l'ensemble des nouveaux titres de spécialiste de 2011 à 2024 pour s'en convaincre. Durant cette période, la Suisse a reconnu davantage de titres dans des disciplines spécialisées obtenus à l'étranger (n = 13 587) qu'elle n'a formé de spécialistes dans ces disciplines sur son territoire (n = 13 155). A contrario, le bilan est passablement différent pour la médecine de premier recours: 6229 titres étrangers ont été reconnus depuis 2011, contre 10 997 délivrés en Suisse (Fig. 1).

Différences importantes entre disciplines

Un regard discipline par discipline révèle également des différences importantes dans la part de nouveaux titres de spécialiste étrangers reconnus. Entre 2014 et 2024, cette part était de 70 à 80 % dans plusieurs disciplines, principalement chirurgicales telles que la chirurgie car-

Les chiffres sont sans appel: parmi les nouveaux médecins recensés en Suisse ces dix dernières années, moins de 30 % ont étudié dans notre pays. En d'autres termes, sur les quelque 4000 diplômes de médecin délivrés chaque année, près de 70 % sont le fruit de la reconnaissance de diplômes obtenus à l'étranger [1]. Dans ce contexte, la part de médecins en exercice titulaires d'un diplôme étranger est passée de 31 à 41 % entre 2014 et 2024 [2].

Répartition des disciplines

L'afflux de médecins formés à l'étranger impacte non seulement le nombre de praticiennes et praticiens dont dispose la Suisse, mais détermine aussi dans une large mesure les disciplines médicales sur notre territoire. En effet, une part importante de ces médecins ont non seulement accompli leur formation universitaire à l'étranger, mais ils y ont aussi achevé leur spécialisation.

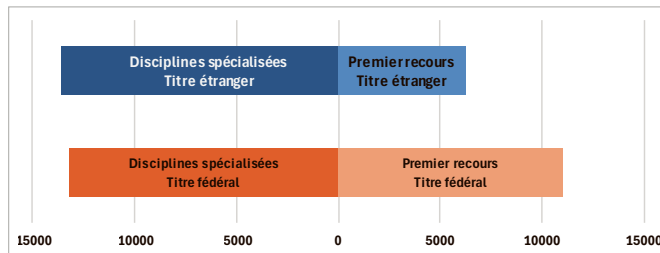


Figure 1: Dans les disciplines spécialisées, le nombre de médecins venus de l'étranger (en bleu) depuis 2011 (n = 13 587) est supérieur à celui de celles et ceux formés en Suisse (en orange) (n = 13 155). Pour la médecine de premier recours, le rapport est de 6229 contre 10 997 formés en Suisse [1].

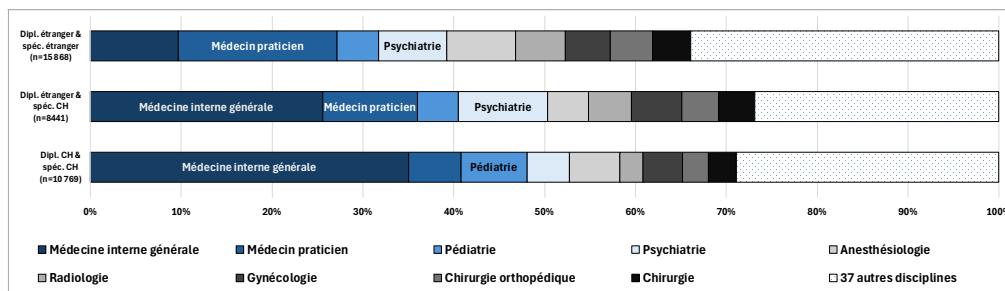


Figure 2: Parmi les nouveaux spécialistes entre 2014 et 2024, la part ayant opté pour la médecine de premier recours s'élève à 48% chez les spécialistes formés entièrement en Suisse (diplôme de médecin et titre de spécialiste) contre 32% lorsque la formation a été entièrement accomplie à l'étranger.

diague et vasculaire thoracique, la chirurgie orale et maxillo-faciale et la chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, mais aussi en médecine du travail, en médecine physique et réadaptation et, enfin, en dermatologie et vénéréologie. Alors qu'en pédiatrie, par exemple, la part de médecins au bénéfice d'un titre de spécialiste étranger est nettement plus faible et s'élève « seulement » à 39% [4].

Moins d'afflux en médecine interne générale

La part de titres étrangers reconnus est encore plus faible en médecine interne générale (21%) [4]. Ce chiffre s'explique en partie par le titre de médecin praticien qui permet de pratiquer sans obtenir le titre de spécialiste. Pourtant rien n'y fait, même en considérant les deux (spécialiste en médecine interne générale et médecin praticien), les chiffres restent têtus: l'afflux étranger comble nos lacunes principalement dans les disciplines spécialisées, et beaucoup moins en médecine de premier recours.

La formation indigène...

La figure 2 illustre également la répartition inégale des disciplines. La barre supérieure représente les disciplines selon les personnes ayant accompli à la fois leurs études de médecine et leur formation postgraduée à l'étranger. La médecine de premier recours ne représente que 32% de l'ensemble des titres. En revanche, la barre inférieure reproduit les disciplines en considérant les personnes qui ont accompli toute leur formation en Suisse (diplôme de médecin et titre de spécialiste). Ici, la part de la médecine de premier recours s'élève à 48%. La barre du milieu se concentre sur les personnes qui ont étudié

L'afflux étranger comble nos lacunes principalement dans les disciplines spécialisées, et beaucoup moins en médecine de premier recours.

la médecine à l'étranger et ensuite accompli leur formation postgraduée en Suisse. Dans ce cas, 41% optent pour la médecine de premier recours.

... un élément clé

Les données parlent d'elles-mêmes. La Suisse néglige depuis des décennies de former ses propres médecins, et se plaint lorsque l'afflux ne fournit pas la répartition parfaite de disciplines dont elle aurait besoin. Or, sans la forte affluence de médecins étrangers, toutes les disciplines médicales sans exception seraient au bord de l'asphyxie et la population suisse sous-médicalisée. Dans le contexte que nous venons de décrire, la pénurie est plus perceptible en médecine de premier recours parce que notre dépendance s'est renforcée, mais elle ne doit pas être considérée isolément. Pour les médecins qui se spécialisent en Suisse, la répartition par discipline tient compte du besoin. Vouloir piloter la formation postgraduée indigène en faveur de la médecine de premier recours démontre l'incompréhension du problème et de ses causes, car cela reviendrait à gérer la pénurie au lieu de la combattre. Le seul remède consiste à amplifier la formation prégraduée et postgraduée en Suisse. Sans forte dépendance de l'étranger, notre pays disposerait automa-

tiquement de suffisamment de spécialistes en médecine de premier recours, et dans toutes les autres disciplines. ●●●

Correspondance

nora.wille@fmh.ch

Littérature

- Office fédéral de la santé publique (OFSP). Médecins 2024. Bureau BASS. Mai 2025
- Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2024 de la FMH: faible densité de médecins de premier recours. Bull Méd Suisses. 2025; 11-12
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). Statistiques médecins. <https://www.bag.admin.ch/fr/statistiques-medecins> (consulté le 24 février 2026)
- Observatoire suisse de la santé (Obsan). Titres de médecin spécialiste décernés et reconnus. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/titres-de-medecin-specialiste-decernes-et-reconnus> (consulté le 23 février 2026)



Généralistes, spécialistes, sous-spécialistes, et super-spécialiste IA

Pr PATRIK MICHEL et Pr EMMANUEL CARRERA

Rev Med Suisse 2026; 22: 731-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.959.48599

Articles publiés
sous la direction de

PATRIK MICHEL

Centre
cérébrovasculaire
Service de
neurologie
Département des
neurosciences
cliniques
Centre hospitalier
universitaire vaudois

**EMMANUEL
CARRERA**

Centre
neurovasculaire
Service de
neurologie
Département des
neurosciences
cliniques
Hôpitaux
universitaires de
Genève

En essayant d'expliquer les progrès de la médecine aux patients et au public, deux visions des médecins-cliniciens sont observées. Les uns les considèrent comme des personnes de confiance, grâce à leurs connaissances étendues de la médecine et à leurs capacités de communication et à leur humanité. Les autres les voient plutôt comme des prestataires de services et fournisseurs d'informations, donnant ainsi l'impression que l'humanité des médecins pouvait être mise de côté. Tandis que la première vision semble plutôt s'appliquer aux médecins généralistes, la seconde s'adresse plus aux spécialistes.

Il est vrai que l'attractivité de la profession de *médecin généraliste* est fondée sur ce double défi de connaissances scientifiques les plus larges possibles et leur application pratique dans des contextes les plus divers. Si un exemple de l'efficacité et du mérite des généralistes dans le domaine neurologique devait être cité, ce serait la réduction de 41% de l'incidence des AVC depuis 1990 dans les pays industrialisés.

De l'autre côté, est-ce que le rôle des spécialistes s'est réduit à celui de « guichets d'information » dénué de compétences humaines ou de vision holistique? Et qu'en est-il des *sous-spécialistes*, ces « techniciens-robots qui savent tout sur rien » et qui proposent des traitements de niche à la rentabilité douteuse, sinon inexistante? L'évolution vers des sous-spécialités est la conséquence de la complexification des thérapies, nécessitant aussi un affinement du diagnostic. En effet, il existe aujourd'hui des traitements parfois « miraculeux » offerts par les sous-spécialistes: une thrombectomie rapide lors d'un AVC aigu permet souvent à un patient apha-

sique-hémiplégique un retour à domicile après quelques jours.

Pour limiter les aléas de la sous-spécialisation, les cliniques universitaires tentent de maintenir une philosophie de « *spécialiste-généraliste* »,¹ pour exposer les collègues en formation aux multiples aspects de cette spécialité, ainsi qu'à la médecine générale. Ceci augmentera les chances que les recommandations et décisions des spécialistes restent compréhensibles et acceptables pour les patients et le reste du système de santé.

Arrive dans ce paysage déjà bien fragmenté la « *superspécialiste IA* », comprenant des outils informatisés variés pouvant informer, soutenir, et peut-être remplacer les médecins dans leur travail quotidien. Il s'agit de modèles interactifs d'IA dont l'objectif est de servir de copilote au clinicien généraliste ou (sous-) spécialiste pour la gestion de leurs patients, qui représentent la pointe visible de l'iceberg de l'IA médicale.

Avec l'apparition de ces outils, les mêmes questions se posent qu'à l'époque de l'introduction de l'ordinateur dans les cabinets et de l'accès facilité à internet: le rôle des généralistes et spécialistes changera-t-il? Ces copilotes, avec leur analyse « intelligente » d'une grande quantité de données cliniques et paracliniques, détourneront-ils encore plus l'attention du travail clinique? Contribueront-ils vraiment à améliorer la santé des patients?

Une partie de la réponse résidera dans la manière d'utiliser ces copilotes IA et de reconnaître leurs multiples limitations. Par exemple, ils ne sont pas validés cliniquement

**UTILISER CES
COPILOTES IA ET
RECONNAÎTRE
LEURS MULTIPLES
LIMITATIONS**

Bibliographie

1
Safdieh JE, Robbins ME.
The Core Identity of the
Neurologist. *Neurology*
2025;105: e214265

Généralistes, spécialistes, sous-spécialistes, et super spécialiste IA 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

par des études rigoureuses; ils ne sont ainsi pas admis par les autorités compétentes pour assister à la décision clinique; la confidentialité de données n'est souvent pas garantie; et leur empreinte écologique est considérable.

Des défis supplémentaires se posent dans l'utilisation des copilotes IA par les médecins-cliniciens:

1. *Collecte des données cliniques*: la disponibilité de données cliniques fiables reste de toute évidence un élément clé dans la prise en charge des patients. Or la collecte de ces données nécessitera toujours une expertise clinique par une anamnèse précise, dirigée, ainsi qu'un examen solide du patient.
2. *Formulation des questions par le clinicien à l'IA (prompt)*: le clinicien doit poser des questions précises et formulées de manière «compréhensible» pour le modèle IA, puis affiner cette «conversation» dans le langage du logiciel. Le cas échéant, le résultat risque d'être peu utile, voire erroné.²
3. *L'incapacité des modèles IA à dire «je ne sais pas»*: face à des questions difficiles ou sans données disponibles, les modèles actuels optent pour une approximation de réponse semblant plausible, mais pouvant être entièrement fausse (hallucination), au lieu d'admettre leur incertitude.
4. *Attente démesurée dans un contexte complexe*: les médecins et le public ont tendance à confondre des outils IA et leur approche probabiliste avec un être humain et les considérer comme un «médecin de poche». L'ignorance, par ces copilotes, du contexte psychosocial, des valeurs du patient et du médecin, des normes sociétales et du système de santé pourrait fausser les recommandations de prise en charge du patient.
5. *Application au patient individuel*: comme lors de l'introduction de la médecine basée sur l'évidence et des guidelines des sociétés savantes, l'arrivée des copilotes IA génère l'espoir que toute décision clinique devienne «facile». En vérité, la transposition des recommandations (output) de

ces copilotes à un patient individuel nécessitera une expertise spécifique par le clinicien.

Malgré ces limitations, il semble probable qu'une assistance par IA pourra à terme améliorer le raisonnement des cliniciens dans des situations complexes. Une étude récente impliquant des généralistes a, par exemple, montré une identification plus rapide et adéquate des patients nécessitant une consultation spécialisée.³

Il appartient maintenant aux cliniciens – généralistes, spécialistes et sous-spécialistes – d'adopter une vision raisonnablement positive de ces outils et de participer activement à un développement intelligent des «superspécialistes IA» émergents. En respectant les limitations susmentionnées, les cliniciens doivent se familiariser avec ces nouveaux outils, tout en gardant une certaine réserve face aux capacités de l'IA, ainsi qu'ils le font avec les patients en considérant leurs propres compétences de médecin.⁴

Devant l'arrivée de tous ces outils d'IA prometteurs, pourquoi donc autant de patients sont-ils toujours demandeurs d'«aller voir le médecin» et semblent effectivement apaisés en sortant de la consultation? C'est probablement parce qu'un médecin-clinicien sait, pour le moment du moins, mieux intégrer les valeurs et attentes des patients dans le raisonnement clinique, écouter «entre les lignes», et prendre en compte des exigences sociétales, économiques et écologiques. Et peut-être la «simple» présence physique d'un médecin généraliste, spécialiste ou sous-spécialiste qui écoute, reçoit des doléances, partage des récits croyables et incroyables, regarde leurs patients dans les yeux et serre la main vaut au moins un copilote IA.

Remerciements: les auteurs remercient le Dr Julian Klug (HUG et CHUV) pour sa relecture critique.

INTÉGRER LES
VALEURS ET
ATTENTES DES
PATIENTS DANS
LE RAISONNEMENT
CLINIQUE

Bibliographie

2

Bean AM, et al. Reliability of LLMs as medical assistants for the public: a randomized preregistered study. *Nature Med* 2026;32:609-15

3

Tao X, et al. An LLM chatbot to facilitate primary-to-specialist care transitions: a randomized controlled trial. *Nature Med* 2026; doi.org/10.1038/s41591-025-04176-7

4

Khawar A, et al. What are the characteristics of excellent physicians and residents in the clinical workplace? A systematic review. *BMJ Open* 2022;12:e065333.

La clause du besoin: une fausse bonne idée

Les coûts de la santé augmentent continuellement. Pour y répondre, la Confédération a modifié la LAMal le 19 juin 2020 afin de permettre une limitation du nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette mesure, appelée « clause du besoin », est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021 et a été mise en œuvre par les cantons, dont Genève, selon un cadre légal et méthodologique précis.

En juin 2025, le canton de Genève a appliqué les dispositions transitoires de l'ordonnance fédérale. L'offre médicale ambulatoire a été évaluée en équivalents temps plein (ETP) et par spécialité, avec pour principe qu'elle devait couvrir les besoins de l'ensemble de la population cantonale. Cette offre déterminait ainsi le nombre maximal de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS.

Ce calcul a été réalisé en collaboration avec un institut de recherche externe afin d'adapter les plafonds aux évolutions observées. Les nouvelles admissions n'étaient accordées que lorsque l'offre recensée était inférieure aux maxima fixés; dans le cas contraire, les demandes étaient placées sur des listes d'attente par spécialité.

Depuis le 1^{er} juillet 2025, une méthode fédérale harmonisée s'applique. Elle repose sur une offre de référence ajustée par un taux de couverture en soins calculé par l'OFSP. Le suivi de l'offre dépend notamment des taux d'activité déclarés, toute réduction ou cessation devant être annoncée au Service du médecin cantonal.

Sur le plan théorique, la démarche est cohérente. Elle s'appuie sur des données et des indicateurs d'activité pour piloter l'offre de soins et répondre à une problématique réelle: la concentration de structures spécialisées, souvent en centre-ville, orientées vers une médecine très technique et à forte valeur économique, susceptible de contribuer à l'augmentation des coûts.

Le canton a d'ailleurs reconnu l'importance de la médecine de premier recours

en levant la clause du besoin pour les médecins généralistes, les pédiatres et les psychiatres. Cette décision témoigne d'une volonté d'adaptation face aux enjeux de santé publique.

Cependant, malgré sa sophistication méthodologique, la clause du besoin présente une limite majeure: elle raisonne essentiellement à l'échelle cantonale et tient insuffisamment compte des réalités locales. Or certaines communes genevoises connaissent une forte croissance démographique et une évolution rapide des besoins. Dans ces territoires, l'accès à des spécialistes de proximité, engagés dans le premier recours et la prévention, devient essentiel.

Peut-on réellement considérer qu'un ophtalmologue réalisant principalement du dépistage et du suivi en périphérie ait le même impact économique qu'un spécialiste hyperspécialisé exerçant en centre-ville au sein de structures déjà très développées? De même, le rôle des gynécologues de premier recours, assurant suivi, prévention et continuité des soins, devrait-il être assimilé à celui de pratiques hautement techniques?

Le monitoring de l'offre pose également question. Bien qu'indispensable, il repose largement sur les taux d'activité déclarés. La présence de médecins en fin de carrière ou réduisant progressivement leur activité, sans que cela reflète toujours une disponibilité réelle pour de nouveaux patients, peut figer artificiellement l'offre et limiter l'installation de nouveaux praticiens.

Une génération médicale en impasse

À ces limites s'ajoute un effet collatéral préoccupant: celui d'une véritable « génération sacrifiée ». Les jeunes médecins, assistants et chefs de clinique, se retrouvent aujourd'hui face à des perspectives d'installation incertaines, malgré un parcours de formation long et exigeant. Formés dans les hôpitaux universitaires genevois selon des standards élevés, ils se

heurtenant à un goulot d'étranglement à la sortie de leur formation.

Faute de possibilités d'admission AOS, certains prolongent des postes hospitaliers non souhaités, réduisent leur activité, s'expatrient ou renoncent à une installation indépendante. Cette situation fragilise l'attractivité de certaines spécialités et compromet le renouvellement générationnel, pourtant indispensable au système de soins.

Par ailleurs, alors que la médecine évolue vers des prises en charge coordonnées, interdisciplinaires et en réseau, notamment à travers les maisons de santé et les structures intégrées, la clause du besoin peine à accompagner ces nouvelles formes d'organisation.

La maîtrise des coûts de la santé est un objectif légitime. Mais elle ne peut se faire au prix d'un accès aux soins restreint, d'une médecine de proximité fragilisée et d'une génération de médecins sans perspectives. Une régulation plus nuancée, tenant compte des missions réelles des spécialistes, de leur niveau de technicité et de leur implantation territoriale, apparaît aujourd'hui nécessaire pour concilier maîtrise des coûts, qualité des soins et durabilité du système de santé genevois.

**LA CLAUSE DU
BESOIN RAISONNE
À L'ÉCHELLE
CANTONALE
ET TIENT
INSUFFISAMMENT
COMPTE DES
RÉALITÉS
LOCALES**

DR SAMUEL TEICHER

Département de médecine de premier recours
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14
samuel.teicher@hug.ch

Incertitude en médecine: une juste mesure

L'incertitude en médecine est souvent pensée comme un défaut à corriger: un brouillard appelé à se dissiper à mesure que s'accumulent les données. Cette représentation rassure, mais est trompeuse. Comme l'énonce justement Paul Han, l'incertitude est une «expérience subjective de l'ignorance vécue par les patients et les professionnels», soit la difficulté à déterminer la signification ou les implications d'un événement de santé.¹ L'incertitude n'est donc pas seulement dans les données; elle réside aussi dans l'esprit de celles et ceux qui doivent les interpréter. Brian Haynes, l'un des fondateurs de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM), l'a exprimé le plus clairement: «ce ne sont pas les preuves qui prennent les décisions, mais les personnes».²

Les preuves, pourtant, n'ont jamais été aussi abondantes. La production scientifique biomédicale progresse à un rythme vertigineux, avec plusieurs milliers de publications quotidiennes. S'y ajoute la myriade de données produites en continu par les systèmes de santé: résultats d'exams de laboratoire, d'imagerie, de monitoring, et mesures répétées chez un même patient. L'intuition voudrait que cette accumulation dissipe l'incertitude. En pratique, elle la déplace, voire l'amplifie: plus il y a de données, plus se multiplient les signaux faibles, les résultats discordants et les interrogations sur leur pertinence clinique.

L'incertitude persistante n'est pas un accident de parcours de l'EBM: elle découle du principe même d'informer des décisions individuelles à partir d'effets estimés au niveau des groupes. Elle est, par nature, probabiliste et irréductible. Même lorsqu'on pense connaître les issues possibles et que l'on en estime les probabilités avec rigueur, il reste impossible de prédire avec certitude ce qui adviendra pour une personne donnée. Les promesses de la médecine dite de précision permettront de mieux identifier des sous-groupes plus susceptibles de répondre à une intervention, mais elles n'abolissent pas la nature probabiliste des décisions cliniques.

Cette dimension probabiliste est d'autant plus importante que l'effet moyen de nombreuses interventions médicales

est relativement modeste. Pour la majorité des interventions recommandées, les réductions relatives de risque se situent autour de 15 à 20%. Transposées en réduction absolue, ces valeurs rendent humble: une réduction relative de 15% appliquée à un risque de base de 10% ramène ce risque à 8,5%, soit 1,5% de réduction absolue (15 événements évités pour 1000 patients traités, ou 67 patients à traiter pour éviter un événement). Même lorsque le risque de base individuel est plus élevé, l'ordre de grandeur du bénéfice reste limité. Il existe bien sûr des exceptions majeures associées à des réductions relatives spectaculaires: les antibiotiques en cas d'infections bactériennes sévères, certains vaccins, ou encore les traitements antiviraux dans le VIH ou l'hépatite C. Mais pour une large part de notre médecine, les bénéfices restent modestes et distribués sur une population: seule une minorité de patients en bénéficie directement.

À ces effets moyens modestes s'ajoute la certitude limitée des preuves qui fondent de nombreuses recommandations. Une analyse de près de dix mille recommandations issues d'UpToDate – une ressource largement utilisée par les cliniciens et couvrant une grande partie de leurs questions – montre que la moitié des recommandations reposent sur des données de faible certitude; environ 40% sur une certitude modérée, et à peine 10% sur une certitude élevée.³ Cette incertitude n'est pas vague: elle correspond à des limites bien identifiées de la production scientifique, liées notamment aux biais, à l'imprécision des estimations, à l'hétérogénéité des résultats ou au caractère indirect des données disponibles pour les populations concernées.⁴ Les recommandations restent indispensables pour naviguer dans la myriade de connaissances, mais elles ne peuvent être investies comme des garantes de certitude.

Le décalage entre cette réalité et les attentes des cliniciens est frappant. La médecine s'enseigne et se pratique souvent à l'aide d'algorithmes décisionnels, utiles dans l'urgence et la routine, mais qui entretiennent l'idée qu'à chaque situation correspondrait une réponse univoque. En

pratique, les recommandations cliniques ressemblent moins à un mode d'emploi qu'à une boussole: elles donnent une direction sur un terrain complexe, avec une carte imparfaite.⁵ Ce décalage peut être inconfortable, parfois angoissant, et pousse à chercher des figures censées ramener de la certitude: l'expert sûr de ses recommandations, une EBM érigée en norme ou algorithme, ou aujourd'hui certaines promesses de l'intelligence artificielle, oracle générant des réponses lissées à partir de données souvent pauvres ou biaisées.

Comme l'écrivent Deleuze et Guattari, «nous demandons seulement un peu d'ordre pour nous protéger du chaos».⁶ L'ordre est nécessaire pour agir et soigner, mais lorsqu'il se transforme en promesse de certitude, il devient trompeur. Il s'agit plutôt d'apprendre à faire avec l'incertitude: accepter l'ambiguïté des données, la complexité des situations, et en faire un espace de dialogue avec les patients, où peuvent se déployer attentes, valeurs et espoirs.¹ C'est sans doute dans cet entre-deux, ni entièrement balisé par les preuves ni livré au hasard, que se trouve la juste mesure et que se joue aujourd'hui le sens des soins.

APPRENDRE À
FAIRE AVEC
L'INCERTITUDE,
ACCEPTER
L'AMBIGUÏTÉ
DES DONNÉES

1 Han PKJ. Uncertainty in medicine: a framework for tolerance. Oxford: Oxford University Press USA, 2021.

2 Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice: Evidence does not make decisions, people do. *BMJ* 2002 Jun 8;324(7350):1350.

3 Agoritsas T, et al. UpToDate adherence to GRADE criteria for strong recommendations: an analytical survey. *BMJ Open* 2017 Nov 16;7(11):e018593.

4 Guyatt G, Agoritsas T, et al. Core GRADE 1: overview of the Core GRADE approach. *BMJ* 2025 Apr 22;389:e081903.

5 Elwyn G, et al. Trustworthy guidelines – excellent; customized care tools – even better. *BMC Med.* 2015 Sep 1;13:199.

6 Deleuze G, Guattari F. *Qu'est-ce que la philosophie?* Paris: Éd. de Minuit, 1991.

PR THOMAS AGORITSAS

Service de médecine interne générale
Département de médecine
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14
thomas.agoritsas@unige.ch



Articles publiés
sous la direction de

**NGUYEN TOAN
TRAN**

Département de
médecine de famille
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique
Unisanté, Lausanne

The Australian
Centre for Public and
Population Health
Research
Faculty of Health
University of
Technology Sydney
Australie

**HUBERT
MAISONNEUVE**

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

Ni optionnel ni accessoire: agir sur les déterminants de la santé

Pr NGUYEN TOAN TRAN, Dr HUBERT MAISONNEUVE, Pr NICOLAS SENN et Pre DAGMAR M. HALLER

Rev Med Suisse 2026; 22: 819-20 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.961.48625

Près de huit décennies après le « plus jamais ça », proclamé au sortir des deux guerres mondiales, une évidence s'impose: rien ne sert de soigner si on ne s'attaque pas aussi aux éléments systémiques qui fragilisent la santé. La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 est née des cendres du chaos.¹ Elle voulait être à la fois un rempart et une promesse: paix, dignité, liberté et égalité constituaient les indissociables fondements d'un nouvel ordre humain. La paix étant la mère de tous les droits: celle sans laquelle rien ne peut réellement s'épanouir.

Les États ont reconnu les droits civils et politiques, établi des structures de gouvernance, rédigé des constitutions. Mais l'une de ses principales artisanes, Eleanor Roosevelt, nous a laissé un avertissement d'une actualité brûlante: « Les droits humains commencent dans de petits endroits, proches de chez soi, si proches et si petits qu'ils n'apparaissent sur aucune carte du monde ». Autrement dit, ils prennent racine dans les écoles, les lieux de travail, les quartiers, la table de cuisine de nos patients et jusque dans les lieux de soins. « Si les droits n'ont pas de sens là-bas, ils n'en ont guère ailleurs ».²

Dès sa création, la Déclaration universelle dépassait les questions de libertés civiles et politiques. Elle incluait explicitement les droits sociaux, économiques et culturels: logement, éducation, travail, protection sociale et santé. Pourtant, dans le champ de la santé, nous avons privilégié la mécanique médicale aux dépens d'un écosystème plus global. La vision d'Alma-Ata de 1978 d'une « santé pour

toutes et tous »,³ rappelait cependant que la maladie ne naît pas uniquement dans les organes et que la santé ne se fabrique pas à l'hôpital. Comme l'a formulé avec justesse Eleanor Roosevelt, la santé se construit là où l'on vit, travaille, joue, médite, prie et vieillit, influencée par les conditions matérielles, mais aussi les rapports de pouvoir et d'organisation sociale et politique. Dans cette optique, les soins primaires et la santé communautaire prennent une dimension profondément politique, au sens le plus noble du terme: le soin des personnes se joue là elles vivent.

**LES SOINS
PRIMAIRE ET
LA SANTÉ
COMMUNAUTAIRE
PRENNENT UNE
DIMENSION
PROFONDÉMENT
POLITIQUE**

Les déterminants socioéconomiques et culturels de la santé ont donné un langage scientifique à ce que les soignants savaient intuitivement: le revenu, l'éducation, l'emploi, le genre, le statut migratoire, la qualité du logement, les systèmes alimentaires, les transports, la cohésion sociale et la sécurité des quartiers façonnent l'essentiel de notre santé. Ils contribuent bien plus à notre santé que les effets des médicaments. Si nous ajoutons à cela les déterminants environnementaux, stabilité du climat, qualité de l'eau et de l'air, exposition aux substances chimiques, exposition à des écosystèmes préservés, nous obtenons peut-être la carte réelle de la santé individuelle et populationnelle. Ces déterminants répondent à des logiques socioéconomiques, culturelles et environnementales identifiables et non aléatoires. Ce ne sont pas des accidents et nos sociétés humaines disposent de nombreux moyens pour les influencer: que cela soit par nos habitudes de vie ou nos choix politiques, nous contribuons collectivement à la santé de toutes et tous.



Articles publiés
sous la direction de

NICOLAS SENN

Département de
médecine de famille
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique
Unisanté, Lausanne

**DAGMAR M.
HALLER**

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

Centre de médecine
de premier recours
Hôpitaux
universitaires de
Genève et Université
de Genève

REVUE MÉDICALE SUISSE

Agir positivement sur ces déterminants, c'est-à-dire promouvoir l'épanouissement et le bien-être humains tout en préservant l'environnement naturel, n'est ni optionnel ni accessoire; c'est encore moins un plaidoyer abstrait réservé aux personnes qui en auraient le temps. Agir sur ces déterminants est un devoir en regard des droits humains, pour nous-mêmes, les personnes que nous soignons et la société dans laquelle nous vivons. De ce fait, c'est une compétence centrale à développer et nourrir.

On ne devrait pas soigner l'asthme sans s'attaquer à la pollution de l'air, la dépression sans considérer la précarité économique, l'isolement social, ou les situations de harcèlement, le diabète sans interroger les systèmes alimentaires, ou encore les addictions sans questionner les stratégies de marketing qui les engendrent. Invoquer la responsabilité individuelle des «changements de comportement» dans des environnements structurellement et économiquement délétères et non durables relève de l'hypocrisie, voire du déni de réalité scientifique. Ainsi, les soins primaires et la santé communautaire peuvent représenter l'un des champs les plus subversifs de la médecine: à l'interface entre la stricte prise en compte de l'individu ou de son contexte, ils offrent un espace, sans en avoir l'exclusivité, pour reconnaître que le patient est constitué par la somme de la personne devant nous, additionné du contexte qu'elle porte avec elle. Si les droits humains

commencent à l'angle de notre cabinet, alors chaque interaction clinique en devient l'un des premiers terrains de mise en œuvre et un maillon interconnecté avec les systèmes sociaux, éducatifs, l'aménagement urbain, les conditions de travail ou la régulation environnementale. C'est à cette échelle que les crises globales se rejouent et se traduisent en souffrances locales et que les droits sont tantôt respectés, tantôt bafoués.

Les droits humains, dont la santé, ne vivent pas en silos. Ils sont universels et indivisibles. Agir sur le logement salubre améliore simultanément la santé respiratoire, mentale et celle des enfants. Créer des espaces verts combat à la fois l'isolement social, les maladies cardiométaboliques, les troubles de santé mentale et les îlots de chaleur. Garantir l'accès à l'éducation ouvre des opportunités économiques, améliore la santé et renforce la participation citoyenne. Ainsi, dans un système de services sanitaires hyperspécialisés, la médecine de famille, la santé communautaire et la santé publique doivent réaffirmer leur rôle et leurs complémentarités dans une approche pluriprofessionnelle et globale: non seulement comme disciplines cliniques, mais aussi comme gardiennes des conditions qui rendent la santé possible, durable et juste pour toutes et tous, près de chez nous.

LES DROITS HUMAINS, DONT LA SANTÉ, NE VIVENT PAS EN SILOS. ILS SONT UNIVERSELS ET INDIVISIBLES

Bibliographie

1

United Nations. Universal Declaration of Human Rights; 10 Dec 1948 Dec 10 www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights. Accessed 1 March 2026.

2

Roosevelt E. The Great Question - presentation of In Your Hands: A Guide for Community Action on the Tenth Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights. New York: 27 March 1958. www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Human_rights_indicators_en.pdf. Accessed 9 Feb 2026.

3

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978. www.who.int/publications/item/declaration-of-alma-ata. Accessed 3 Feb 2026.

Maisons de santé: argument marketing ou véritable révolution?

Enseignements du premier Forum romand des Maisons de santé 2025

Pr NGUYEN TOAN TRAN^{a,b}, Dre CHRISTINE COHIDON^a, Dr LUC MUSSARD^a et Pr NICOLAS SENN^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 847-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.961.48626

Face aux tensions pesant sur les systèmes de santé, les maisons de santé (Mds) apportent une réponse prometteuse. Le 1^{er} Forum romand des Mds a proposé un regard interprofessionnel, local et international. Les Mds associent soins primaires pluriprofessionnels sous le même toit, ancrage territorial et une approche individuelle à la fois holistique et centrée sur les besoins populationnels. En Suisse, plusieurs projets innovants existent, mais peu se revendiquent comme des Mds. Les cantons de Genève et de Vaud font exception, avec un soutien public pour la coordination et la prévention. Les expériences internationales montrent que l'impact des Mds dépend des choix politiques et financiers: nées de luttes pour l'équité, elles améliorent l'accès aux soins, mais leur potentiel transformateur est limité sans financement adapté ni gouvernance partagée.

fragmentation des parcours de soins, ainsi que l'accroissement du fardeau des maladies chroniques et des besoins psychosociaux, les maisons de santé (Mds) sont souvent présentées comme une réponse structurante et innovante.¹ Mais que recouvre réellement ce terme? Quelles sont les conditions de leur développement et de leur fonctionnement? Et finalement, relèvent-elles d'un véritable changement de paradigme ou d'un simple ajustement organisationnel? Le 1^{er} Forum romand des Mds, qui a réuni environ 200 participants le 27 novembre 2025 à Lausanne, a proposé un regard croisé, international et contextualisé à la Suisse (romande), permettant d'éclairer ces questions à partir d'expériences concrètes, d'ateliers (tableau 1), de posters et de réflexions communes.^a

Medical homes: marketing argument or genuine transformation? Lessons from the first French-speaking Swiss Medical Home Forum 2025

In response to the increasing pressure on healthcare systems, medical homes offer a promising solution. The 1st French-Speaking Swiss Forum on Medical Homes provided cross-sectoral, local, and international perspectives. Medical homes are characterized by multiprofessional and colocated primary care teams, a territorial grounding, and a holistic individual approach, while also addressing population needs. In Switzerland, several innovative projects exist, yet few explicitly identify as medical homes. The cantons of Geneva and Vaud represent exceptions, with public funding supporting coordination and prevention activities. International evidence demonstrates that the impact of medical homes depends on political and financial frameworks. Originating from equity-focused movements, they improve healthcare access, but their transformative potential remains limited without adequate funding and shared governance structures.

INTRODUCTION

Face aux tensions croissantes pesant sur les systèmes de santé, telles que la pénurie de médecins de famille, la

DÉFINIR LES MAISONS DE SANTÉ: UN CONCEPT PLURIEL

Plutôt qu'une définition unique, le Forum a identifié un socle commun caractérisant les Mds: une équipe pluriprofessionnelle de première ligne sous un même toit (colocalisation), une approche centrée sur les besoins populationnels, une prise en charge globale et continue, ainsi qu'un ancrage territorial explicite. Ces caractéristiques rejoignent plus largement une vision holistique des soins primaires, s'inscrivant dans la lignée de la déclaration d'Alma-Ata,² en intégrant aussi la prévention et la promotion de la santé, le tout dans un environnement incluant de nouveaux modes de gouvernance et de financement.³

Un premier constat central a émergé: en Suisse, si quelques projets innovants émergent, peu se revendiquent explicitement comme des Mds. Une recherche qualitative, dont l'objectif était d'identifier et de caractériser des modèles de soins primaires innovants dans leur organisation ou leur modèle financier, a révélé une grande diversité de modèles: hybrides, combinant des cabinets de groupe, réseaux de soins, nouveaux rôles infirmiers et coordination renforcée, avec une intégration partielle du secteur social dans de rares cas (Oberägeri, canton de Zoug).

Les cantons de Genève et de Vaud font figure d'exception. Le canton de Genève se distingue par un soutien public explicite permettant de financer des activités non couvertes par l'assurance de base pour les soins, notamment la coordination, la prévention et la promotion de la santé.⁴ Dans ce contexte, l'expérience de la Mds de Lancy apporte un éclairage concret. Développée depuis 2020 avec un soutien cantonal, elle vise à assurer une prise en charge interprofessionnelle de patients

^aDépartement de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne. ^bThe Australian Centre for Public and Population Health Research (ACPPHR), Faculty of Health, University of Technology Sydney, 235 Jones St, Ultimo NSW 2007 (PO Box 123), Australie
nguyen-toan.tran@unisante.ch | christine.cohidon@unisante.ch | luc.mussard@unisante.ch
nicolas.senn@unisante.ch

^aL'ensemble des communications du Forum est présenté sous
<https://forum-maisons-sante.ch/forum-2025>

REVUE MÉDICALE SUISSE

	TABLEAU 1	Messages clés	
--	------------------	----------------------	--

OFS: Office fédéral de la statistique.

Ateliers: les messages clés

Six ateliers ont été proposés tout au long du Forum

L'atelier «**À en perdre la raison (sociale)**» explorait deux options juridiques possibles et leurs implications pour la création d'une maison de santé (Mds): la société coopérative et la société anonyme. Les professionnels de santé semblent méconnaître les dimensions administratives, financières et fiscales des Mds, qui nécessitent une réflexion et une modélisation approfondies afin de ne pas amorcer une aventure entrepreneuriale trop utopique

L'atelier «**Au cœur du cabinet**» se concentrait sur les nouvelles professions rencontrées au sein des Mds, telles que les infirmier-ère-s généralistes et spécialisé-e-s, ainsi que les assistant-e-s médicaux-ales avec brevet complémentaire, et sur les leviers permettant de fonctionner en interprofessionnalité (connaissance des compétences respectives, clarté des rôles, leadership partagé, etc.)

L'atelier «**Diagnostic territorial et santé populationnelle, un levier pour implanter des Mds dans la communauté**» expliquait qu'en combinant des données publiques (par exemple, celles de l'OFS) et des informations géospatiales, il était possible de mieux identifier les besoins sanitaires, de repérer les zones sous-desservies ou trop sollicitées et d'adapter l'infrastructure de santé à travers les Mds

L'atelier «**Financement des soins primaires en Suisse**» explorait trois modèles financiers possibles et leurs avantages et inconvénients respectifs: le paiement à l'acte, la capitation et le budget global. Un modèle mixte permettant d'intégrer le financement de la prévention, de la promotion et de la coordination, ainsi que la valorisation des rôles infirmiers et paramédicaux semble le plus approprié. L'accent a notamment été mis sur la solution actuellement en vigueur à Genève, qui prévoit un montant forfaitaire annuel par patient complexe, ainsi que des financements dédiés à la prévention dans le cadre des Mds

L'atelier «**Construire la coopération, la satisfaction et l'efficacité grâce à une gouvernance partagée**» avait pour objectif d'explorer un mode d'organisation alternatif à l'organisation hiérarchique et d'en comprendre certains de ses avantages. Dans ce contexte, la gouvernance partagée semble la plus adaptée au travail interprofessionnel au sein d'une maison de santé

L'atelier «**Mesurer pour mieux soigner: pourquoi les indicateurs comptent-ils?**» a montré qu'améliorer la qualité des soins et rendre des comptes aux financeurs constituaient les deux principales réponses à cette question. Les différents types d'indicateurs (structure, processus et résultats), les différentes perspectives à concilier (professionnels, patients, autorités et chercheurs), ainsi que le recueil de données nécessaire pour les alimenter ont été discutés

Les synthèses complètes de ces ateliers sont disponibles sur le site du Forum des Mds: <https://forum-maisons-sante.ch/forum-2025>

présentant des besoins complexes, à l'aide d'un registre dédié, de plans de soins partagés, de réunions d'équipe régulières et d'outils de mesure de la complexité. Son organisation sous forme associative, sa gouvernance partagée et son financement mixte permettent de soutenir des activités insuffisamment reconnues par le système de remboursement actuel, en particulier la coordination, la prévention et la promotion de la santé.⁴

Le canton de Vaud a soutenu ponctuellement des projets innovants, comme le modèle de coordination en cabinet, qui intègre au sein de cabinets de médecine de famille un-e infirmier-ère «généraliste», distinct-e de l'infirmier-ère en pratique avancée (IPA), afin d'assurer une prise en charge interprofessionnelle.⁵ L'évaluation de ce modèle a mis en évidence que l'accessibilité et la disponibilité de l'infirmier-ère, ainsi que la globalité de sa prise en charge, constituent des bénéfices centraux pour les patients. Par ailleurs, le suivi infirmier s'est révélé susceptible de remplacer certaines consultations médicales, contribuant ainsi à soulager des cabinets surchargés.

Ces expériences soulignent l'importance du cadre institutionnel et financier pour initier et dépasser le stade du projet pilote.

GOUVERNANCE PARTAGÉE

Les discussions ont également mis en évidence une tension récurrente: l'inscription dans une logique de Mds questionne l'autonomie et le pouvoir traditionnels des médecins, mais ouvre simultanément de nouvelles marges de manœuvre professionnelles grâce à la redistribution des rôles au sein de l'équipe et au recentrage du médecin en tant que maillon central d'un dispositif collectif.⁶

Par exemple, l'expérience dans le canton de Neuchâtel a souligné l'importance de l'échelle territoriale. Les Mds constituent non seulement des structures de soins, mais elles sont également perçues comme un projet social et communautaire ancré dans un territoire donné, impliquant des liens à tisser entre les professionnels, les habitants, les autorités locales et les acteurs associatifs. La gouvernance participative, l'attention portée aux parcours de vie et aux ressources locales, ainsi que la dimension relationnelle du soin ont été identifiées comme des leviers de transformation. Cette approche met en lumière une différence fondamentale avec le «simple» cabinet de groupe: la Mds devient un lieu de vie ancré dans son territoire, intégrant des soins, des espaces communautaires et une dimension sociale, où la qualité relationnelle, l'écoute et la coconstruction du bien commun occupent une place centrale.

Toutefois, les échanges ont également révélé les fragilités de ces modèles: dépendance aux financements de projet, forte mobilisation individuelle liée à des porteurs de projet clés, et difficulté à pérenniser les initiatives sans reconnaissance structurelle et financière claire.

REGARDS INTERNATIONAUX: RÉVOLUTION ENRACINÉE OU MODÈLE INSTRUMENTALISÉ?

Les modèles nord-américains (par exemple, les Community Health Centers, les Patient-Centered Medical Homes, les Family Health Teams et les Groupes de médecine de famille)⁷ et européens (maisons médicales belges⁸ et maisons de santé pluriprofessionnelles françaises⁹) démontrent que les Mds résultent d'un concept élaboré il y a plus de 50 ans, dont la mise en œuvre s'est intensifiée depuis le milieu des années 2000.

Un enseignement majeur réside dans leurs origines: les modèles nord-américains et belges sont nés des luttes contre la pauvreté et pour l'équité, de mouvements de santé communautaire et de la volonté de répondre aux inégalités sociales et territoriales, notamment dans le sillage de la lutte pour les droits civiques aux États-Unis, du mouvement mutualiste en Belgique, des réformes sociales au Canada et de la déclaration d'Alma-Ata à l'échelle internationale. En France, ce sont aussi des objectifs d'efficacité du système et de pénurie de professionnels qui ont donné l'impulsion. Lorsqu'elles restent fidèles à l'ADN originel, avec une gouvernance communautaire, un financement public adapté, des équipes pluriprofessionnelles étendues et une intégration du secteur

social et de la santé mentale, ces structures peuvent avoir des effets positifs sur l'accès aux soins, la satisfaction des patients et des professionnels, voire sur la réduction des hospitalisations évitables.¹⁰

À l'inverse, lorsque ces modèles sont principalement intégrés comme des outils organisationnels ou de maîtrise des coûts, sans transformation profonde des modes de gouvernance et de financement, leur impact en termes d'équité d'accès aux soins reste limité. Les risques de sélection des patients (cherry-picking), le maintien du paiement à l'acte et une gouvernance médicocentrée peuvent alors neutraliser leur potentiel transformateur.

Les expériences françaises et belges ont permis d'illustrer concrètement la mise en œuvre opérationnelle des MdS dans des contextes institutionnels différents, mais comparables à la Suisse. En France, l'exemple de la MdS pluriprofessionnelle de Mermoz, située à Lyon dans un quartier urbain populaire, révèle une organisation fondée sur la pluriprofessionnalité structurée, la coordination formalisée et l'ancrage territorial.⁹ Elle regroupe des médecins généralistes, des infirmier-ère-s (dont une en pratique avancée), des physiothérapeutes, des logopédistes, ainsi que d'autres professionnels (podologue, nutritionniste, sage-femme, ergothérapeute, psychologue et orthoptiste) et s'appuie sur des temps collectifs réguliers (réunions d'équipe et concertations pluriprofessionnelles).

DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR LA SUISSE

Les enseignements du Forum convergent vers un constat nuancé: les MdS ne sont ni un outil de marketing, ni une révolution automatique, mais un cadre potentiel de transformation dont l'impact dépend des choix politiques, financiers, organisationnels, voire légaux qui y sont associés. Pour la Suisse, cela implique de dépasser une approche médicocentrée fragmentée en soutenant des modèles de services et de soins biopsychosociaux intégrés, pluriprofessionnels, territorialisés et orientés vers les besoins populationnels, avec des mécanismes de financement favorisant la coordination, la prévention et l'interprofessionnalité.

Les expériences présentées révèlent toutefois des limites structurelles majeures pour la mise en œuvre des MdS en Suisse: l'absence de mécanismes de financement structurels et pérennes, la reconnaissance insuffisante du temps de coordination, la dépendance aux cadres conventionnels existants et les tensions persistantes entre logique collective et gouvernance médicocentrée. Trois modèles de financement ont été explorés – paiement à l'acte, capitation et budget global –, un modèle mixte semblant le plus approprié pour intégrer prévention, coordination et valorisation des rôles infirmiers et paramédicaux (tableau 1). L'exemple genevois, avec son forfait annuel par patient complexe et ses financements dédiés à la prévention, illustre une piste prometteuse.

Ces constats témoignent d'un décalage entre, d'une part, le potentiel transformateur des MdS et la demande croissante des professionnels eux-mêmes de développer ces modèles, et, d'autre part, les contraintes systémiques qui limitent actuellement le déploiement des MdS en Suisse.

CONCLUSION

Le premier Forum romand des MdS démontre que la véritable transformation ne réside pas dans l'étiquette «MdS», mais dans la capacité à porter une vision cohérente, équitable et collective des soins primaires. Les MdS apparaissent moins comme une fin en soi que comme un maillon-clé organisationnel, professionnel et politique d'une transformation des soins primaires au service d'un système de santé plus juste, durable et répondant aux besoins populationnels.

Conflit d'intérêts: les auteur-e-s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-e-s ont déclaré ne pas avoir utilisé d'IA pour la rédaction de cet article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

ORCID ID

N.-T. Tran: <https://orcid.org/0000-0001-7134-7878>.

C. Cohidon: <https://orcid.org/0000-0003-2343-500X>

L. Mussard: <https://orcid.org/0009-0005-6573-4296>

N. Senn: <https://orcid.org/0000-0002-9986-3249>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- En Suisse, peu de projets se revendiquent encore explicitement comme maisons de santé, révélant l'absence de cadre institutionnel et financier pérenne, ainsi qu'une transformation des soins primaires qui reste toujours en cours.
- Les maisons de santé requièrent des financements pérennes pour assurer la coordination interprofessionnelle, la prévention et la promotion de la santé, au-delà du paiement à l'acte.
- Le déploiement des maisons de santé nécessite de dépasser le modèle médicocentré au profit d'une gouvernance partagée entre professionnels, patients et acteurs communautaires.

1 **Sommer J, Haller-Hester D, Cohidon C, Senn N. Demain, une maison de santé? Rev Med Suisse. 2023 May 10;19(826):883.

2 World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [En ligne]. 8 octobre 2019. (Cité le 3 février 2026). Disponible sur: www.who.int/publications/iitem/declaration-of-alma-ata

3 Senn N. Préambule: une définition des soins primaires. In Senn N, Bourguell Y, Falcoff H, et al. Imaginer les soins primaires de demain. Genève: RMS Éditions, 2025.

4 Perone N, Gillibert C, Van Leemput MC, et al. Projet pilote de maison de santé à Genève. Rev Med Suisse. 2023 May 10;19(826):906-10.

5 Leuthold MS, El Hakmaoui F, Scuderi R, Senn N, Cohidon C. Patients' experience of integrated nursing care in general practices in Switzerland: a mixed-methods study. Fam Pract. 2025 Feb 7;42(2):cmf011.

6 Mussard L, Chappot M, El Hakmaoui F, Martin S. Expérience d'un médecin assistant dans un cabinet de médecine de famille interprofession-

nel. Rev Med Suisse. 2023 May 10;19(826):911-4.

7 *Aggarwal M, Williams AP. Tinkering at the margins: evaluating the pace and direction of primary care reform in Ontario, Canada. BMC Fam Pract. 2019 Sep 11;20(1):128.

8 Jamart H, Van Durme T, Belche JL. Les maisons médicales en Belgique: la santé dans tous ses états. Rev Med Suisse. 2023 May 10;19(826):900-5.

9 Maisonneuve H, Besson A, Follet M, et al. Histoire d'une maison de santé à Lyon (France). Un exercice coordonné pluridisciplinaire au service de patients complexes. Rev Med Suisse. 2023 May 10;19(826):892-7.

10 Peikes D, Anglin G, Harrington M, et al. Independent Evaluation of Comprehensive Primary Care Plus (CPC+). First Annual Report [En ligne]. Mathematica Policy Research. Avril 2019. Disponible sur: <https://downloads.cms.gov/files/cmml/downloads-cpcplus-first-ann-rpt.pdf>

* à lire

** à lire absolument

Agir sur les déterminants sociaux en soins primaires: du cabinet au territoire

Dr HUBERT MAISONNEUVE^{a,b}, ANAÏS BESSON^{b,c}, EMILIE FUENTES^b, Dre GERALDINE LAYANI^d,
BLANDINE LENTILHAC^d, Pre DAGMAR M. HALLER^e et Dr BENOIT TUDREJ^{b,e}

Rev Med Suisse 2026; 22: 822-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.961.48636

Les soins primaires confrontent les professionnels de santé à des situations dans lesquelles les déterminants sociaux et environnementaux impactent fortement la santé. À partir d'une vignette clinique, cet article mobilise le modèle de Solar et Irwin pour analyser les mécanismes à l'origine des inégalités sociales de santé. Une action collective simple, comme un groupe de marche encadré, illustre la manière d'agir concrètement sur l'isolement, l'appropriation de l'environnement de proximité et l'adhésion aux soins. L'intersectorialité et l'ancrage territorial permettent de renforcer l'efficacité et la pérennité de ces initiatives. Ces démarches invitent à repenser le soin comme un processus communautaire et complémentaire à la consultation médicale.

Addressing social determinants in primary care: from office to community

Primary care physicians frequently face situations in which social and environmental determinants strongly impact health outcomes. Using a clinical vignette, this article applies the Solar and Irwin framework to analyze the mechanisms underlying social health inequalities. A simple collective intervention, such as a supervised walking group, illustrates how primary care teams can impact social isolation, local environments, and treatment adherence. Intersectoral collaboration and strong territorial anchoring enhance both effectiveness and sustainability. Such initiatives encourage a shift in perspective, viewing care as a community-based process that complements traditional medical consultations.

INTRODUCTION

La santé résulte de l'interaction entre des facteurs médicaux, sociaux et environnementaux.^{1,2} Les situations rencontrées en soins primaires illustrent la manière dont ces déterminants façonnent les parcours de vie.^{3,4}

VIGNETTE CLINIQUE

M. T., âgé de 69 ans et artisan retraité, est fragilisé depuis le décès de son épouse, survenu 1 an auparavant. Il réside seul dans un appartement en ville et ne sort que très peu. Malgré des capacités physiques préservées, il présente peu d'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne. Le couple n'a pas eu d'enfants, et compte peu d'attaches familiales. Les compétences relationnelles de M. T. sont limitées, avec des difficultés à entrer en contact avec les autres. Son hémoglobine glyquée est à 8,6%, en raison de grignotages dans la journée. Il s'ennuie et dit ne pas savoir cuisiner. Il présente un état dépressif modéré et refuse toute prise en charge psychologique. Son sommeil et son anxiété sont légèrement améliorés par la prise de benzodiazépines. Son médecin lui a proposé des activités de socialisation proposées par la ville, mais M. T. appréhende de fréquenter un lieu où il ne connaît personne.

ANALYSE

La **figure 1** offre un cadre pour comprendre comment les inégalités sociales de santé se développent et illustre la cascade de mécanismes sociaux qui y conduisent.⁵ Elle distingue les déterminants structurels, qui façonnent la position sociale des individus, et les déterminants intermédiaires, qui influencent directement leur état de santé (**tableau 1**).

Intégrer l'évaluation des déterminants sociaux de la santé (DSS) en pratique clinique permet de dépasser une approche strictement biomédicale pour s'intéresser aux « causes des causes »,⁴ en identifiant les conditions sociales qui structurent les risques et les comportements de santé.⁶ Ce cadre rappelle que les situations reposent sur des mécanismes structurels plus larges, influençant les expositions aux facteurs de risque et l'accès aux ressources protectrices. Dans un contexte marqué par des transformations globales, y compris climatiques,⁷ cette approche permet d'adapter la pratique clinique, d'orienter les patients vers des ressources pertinentes et de contribuer à la réduction des inégalités de santé.

Le **tableau 1** décrit les déterminants impliqués dans la situation de M. T.

SYSTÈME DE SOINS ET RÉPONSE INSTITUTIONNELLE

Le médecin agit ici avec ses outils habituels: consultation, prescription médicamenteuse, information sur les ressources locales, mais ceux-ci sont peu adaptés. Le refus de la prise en

^aInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 14, ^bMaison de santé pluriprofessionnelle Mermoz, Rue Professeur Ranvier 67, 69008 Lyon, France, ^cInfirmière en pratique avancée, Université Grenoble-Alpes, 621 Av. Centrale, 38400 Saint-Martin-d'Hères, France, ^dDépartement de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Montréal; Carrefour de l'innovation, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'université de Montréal, 900 Rue Saint-Denis, H2X 0A9, Montréal, Québec, Canada, ^eCollège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, 8 Avenue Rockefeller, 69008 Lyon, France
hubert.maisonneuve@unige.ch | abessonipa@gmail.com | emilie.fuentes@recoords.fr
geraldine.layani@umontreal.ca | blandine.lentilhac.chum@ssss.gouv.qc.ca
dagmar.haller-hester@unige.ch | benoit.tudrej@univ-lyon1.fr



Quels sujets de santé intéressent les adolescent-e-s?

Dre CINDY SOROKEN^a, Dr MAXIME MORSA^b, NATHALIE BONVIN^c, Dre DENISE BARATTI-MAYER^d, Dr JULIEN LE BRETON^e et ANNE-LAURE HARIEL^f

Rev Med Suisse 2026; 22: 707-11 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.958.48519

Les adolescent-es expriment des besoins d'information variés en matière de santé, sans thème unique dominant, selon une étude genevoise récente. Quatre axes transversaux émergent: santé mentale, sommeil, perception de soi et sexualité. Interconnectés, ces dimensions influencent durablement la santé globale et les trajectoires de vie. En consultation, le médecin de premier recours peut les aborder de façon proactive, au-delà du motif initial, en adoptant une approche développementale adaptée à l'âge, à la maturité et au contexte psychosocial. Une posture «youth-friendly», fondée sur la bienveillance et la confidentialité, renforce l'alliance thérapeutique. L'articulation avec les parents et les acteurs scolaires optimise la cohérence et l'impact des actions de promotion de la santé.

Which health topics are of interest to adolescents?

Adolescents express diverse health information needs, without a single dominant theme, according to a recent study conducted in Geneva. Four cross-cutting areas emerge: mental health, sleep, self-perception, and sexuality. These interconnected dimensions have a lasting influence on overall health and life trajectories. During consultations, primary care physicians can proactively address these topics beyond the initial reason for the visit by adopting a developmental approach tailored to age, maturity, and psychosocial context. A youth-friendly posture, grounded in benevolence and confidentiality, strengthens the therapeutic alliance. Collaborating with parents and school professionals enhances the coherence and impact of health promotion efforts.

INTRODUCTION

Quel que soit le motif, recevoir un-e adolescent-e (ado) en consultation est une occasion précieuse pour les médecins de premier recours (MPR) de montrer qu'ils sont là pour répondre à ses besoins. Dans cette population, les MPR sont souvent confrontés à des situations où la plainte somatique masque des enjeux psychosociaux plus complexes. Sachant que les ados bénéficient encore trop peu d'interventions préventives ciblées, identifier les sujets qui les intéressent permet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des prestations des MPR.

^aConsultation ambulatoire pour la santé des adolescents et des jeunes adultes, Service de pédiatrie générale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bUnité de recherche adaptation, résilience et changement (ARCH), Université de Liège, Place des Orateurs, 1, 4000 Liège, Belgique, ^cService de santé de l'enfance et de la jeunesse, Office cantonal de l'enfance et de la jeunesse, Département de l'instruction publique, État de Genève, Rue des Glacis-de-Rive 11, 1207 Genève, ^dPlace de l'Étrier 4, 1224 Chêne-Bougeries, ^eInfirmière MPH, Consultation ambulatoire pour la santé des adolescents et des jeunes adultes, Service de pédiatrie générale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14 cindy.soroken@hug.ch | maxime.morsa@uliege.be | nathalie.bonvin@etat.ge.ch denise.baratti-mayer@etat.ge.ch | julien.lebreton@amge.ch | anne-laure.hariel@hug.ch

En effet, les programmes et interventions de promotion et d'éducation en matière de santé sont principalement issus d'enquêtes de santé (*Health Behaviour in School-aged Children: HBSC*¹, *Specchio*²). Toutefois, répondent-ils aux besoins d'information en matière de santé exprimés par les jeunes?

Deux enquêtes^{3,4} auprès des ados ont dès lors été menées afin de mieux connaître leurs intérêts en matière de santé, d'adapter les pratiques cliniques, de renforcer l'alliance thérapeutique et d'améliorer l'efficacité des actions de prévention. Les principaux enseignements retirés sont d'abord présentés, puis ils sont commentés à la lumière des données de la littérature internationale. Une liste non exhaustive de ressources utiles est également fournie pour aider à les mettre en pratique.

ENQUÊTES GENEVOISES

Au total, 1920 ados (970 âgés de 12 à 15 ans scolarisés au secondaire I et 950 âgés de 15 à 19 ans scolarisés au secondaire II) ont répondu entre septembre 2022 et novembre 2023, dont 938 filles (48,8%) et 107 non-binaires ou autre (5,5%). La plupart des ados (75,5%) fréquentaient l'école publique.

La généralisation des conclusions est limitée par un possible biais de sélection (école volontaire) et l'exclusion des ados non francophones, en particulier dans un contexte multilingue tel que celui de Genève.

Thématiques d'intérêt

Sur l'ensemble de la période d'âge étudiée, aucun thème de santé au sens large ne s'impose de manière exclusive. Les ados expriment un intérêt large et diversifié pour les questions de santé, avec des variations selon l'âge, le genre et le contexte scolaire.

Quatre thèmes ressortent de manière transversale: la santé mentale, le sommeil, la perception de soi et la sexualité. L'intérêt pour la santé mentale est constamment élevé, de 12 à 19 ans. L'intérêt pour le sommeil augmente avec l'âge, tout comme les besoins d'informations sur la sexualité. La perception de soi suscite le plus grand intérêt chez les ados les plus jeunes, tous thèmes confondus.

Enfin, l'importance perçue de la promotion de la santé est élevée pour plus de la moitié des participants, et l'engagement des ados en faveur de celle-ci est jugé important pour environ un tiers des participants, quel que soit l'âge.



Extrait de la Revue médicale suisse

INFOS PATIENTS #61

L'antibiorésistance

La résistance aux antibiotiques - ou antibiorésistance - désigne l'aptitude des bactéries à s'adapter et à résister à l'action des antibiotiques, ce qui complique le traitement des infections. Ces bactéries résistantes peuvent se transmettre entre personnes. L'antibiorésistance est un défi de santé majeur.

10 millions
Le nombre de décès par an d'ici à 2050, estimé par l'Organisation mondiale de la santé, si aucune action n'est entreprise contre la résistance aux antibiotiques.

Bien que la résistance aux antibiotiques soit un phénomène naturel, les activités humaines l'ont fortement accélérée par un usage massif et souvent inapproprié des antibiotiques dans trois secteurs :

- 1. LA MÉDECINE HUMAINE**
Les antibiotiques y sont largement prescrits, avec de fortes différences entre les pays. Ces traitements sont parfois délivrés sans ordonnance, ce qui favorise l'automédication et le mauvais usage.
- 2. LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE**
Les antibiotiques sont utilisés pour soigner les animaux malades, mais aussi parfois à titre préventif pour protéger des troupeaux entiers.
- 3. LES ÉLEVAGES INDUSTRIELS**
Les antibiotiques servent à limiter la propagation des maladies dans les élevages, mais ils sont aussi employés depuis des décennies comme promoteurs de croissance pour faire grossir les animaux. Cette pratique est interdite en Europe depuis 2006, mais persiste ailleurs dans le monde.

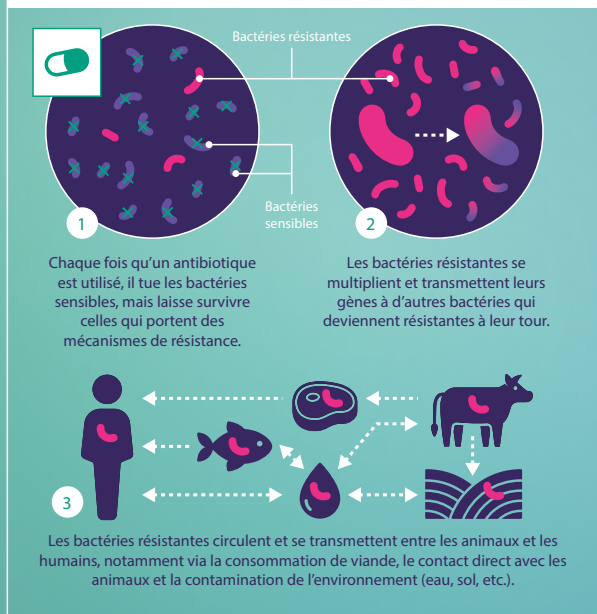
LES MÉCANISMES DE RÉSISTANCE

Plusieurs stratégies sont mises en place par les bactéries :

- **Blocage de l'entrée de l'antibiotique** : la bactérie modifie la perméabilité de sa membrane, ce qui empêche l'antibiotique de pénétrer.
- **Expulsion de l'antibiotique** : grâce à des systèmes appelés « pompes à efflux », la bactérie chasse activement la molécule qui a pu pénétrer hors d'elle-même.
- **Changement de la cible de l'antibiotique** : le site spécifique sur lequel agit l'antibiotique est modifié, ce qui empêche son action.
- **Destruction de l'antibiotique** : la bactérie produit des enzymes spécifiques capables de dégrader ou d'inactiver l'antibiotique. Ce mécanisme est particulièrement redouté et fait l'objet d'une surveillance accrue par les spécialistes.

20 à 50 %
des prescriptions d'antibiotiques seraient non justifiées ou incorrectes.

LE CYCLE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE



GESTES SIMPLES POUR UNE UTILISATION RESPONSABLE DES ANTIBIOTIQUES

- Ne jamais prendre d'antibiotiques sans prescription médicale, même dans les pays où ils sont disponibles sans ordonnance.
- Respecter la dose et la durée du traitement indiquées par le médecin, sans l'interrompre dès la disparition des symptômes.
- Ne pas partager ni réutiliser des antibiotiques sans avis médical.
- Rapporter les comprimés restants en pharmacie, plutôt que de les jeter dans les toilettes ou la poubelle, afin d'éviter la contamination de l'environnement.

ANGINES ET CYSTITES : STOP AUX ANTIBIOTIQUES !

Les angines et les cystites sont les deux infections les plus traitées par antibiotiques (en dehors de celles qui sont prises en charge à l'hôpital). Pourtant, la majorité des premières sont virales et ne requièrent aucun traitement antibiotique. Quant aux cystites dites "simples", elles peuvent guérir spontanément, sans recours aux antibiotiques.



Expert : Dr Abdessalam Cherkaoui, microbiologiste clinique, responsable technique et de la formation aux Hôpitaux universitaires de Genève
Texte : Anna Bonvin

Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

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

Dr Maciej ALBINSKI

Centre d'urgences Rive-Helveticare
Cour de Rive 2, 1204 Genève

Né en 1987, nationalité Allemande
Diplôme de médecin en 2013
en Allemagne

Reconnaissance en 2014
Titre postgrade en Pédiatrie en 2019
en Suisse

Après avoir suivi ses études à Munich et obtenu son diplôme de médecin en 2013, le Dr. Albinski s'est formé en pédiatrie à Freiburg im Breisgau, Zurich et Lausanne, puis en cardiologie pédiatrique à Zurich et au Great Ormond Street Hospital à Londres. Il a complété sa spécialisation par une formation aux soins intensifs cardiaques et en cardiogénétique. De retour en Suisse, il a rejoint le centre Helveticare Rive à Genève et exerce également en cabinet dans le canton de Vaud.

Dr Alexandre BALAPHAS

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève
Né en 1986, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2012 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie en 2022
en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme de médecin à Genève en 2012,

le Dr Alexandre Balaphas a poursuivi une formation académique aboutissant à un MD-PhD à l'Université de Genève (2020). En parallèle, il a réalisé sa formation postgraduée en chirurgie, principalement au sein du Service de chirurgie viscérale des HUG, avant d'obtenir le titre de spécialiste FMH en chirurgie (2022). Depuis 2022, il a exercé comme chef de clinique au Réseau hospitalier neuchâtelois puis, depuis novembre 2023, en chirurgie digestive aux HUG, où il concentre sa pratique sur la chirurgie colorectale, la proctologie et les pathologies du plancher pelvien, avec un intérêt particulier pour les approches mini-invasives et fonctionnelles, tout en poursuivant une activité de recherche et d'enseignement.

Dr Marine CLAVER

Rue du Rhône 50, 1204 Genève
Née en 1985, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2012 en France
Reconnaissance en 2014

Titre postgrade en Gynécologie et obstétrique en 2022 en Suisse
Après avoir effectué ses études de médecine et obtenu sa spécialisation en médecine générale en France, elle s'est installée à Genève en 2014 pour rejoindre les HUG. Elle y a obtenu son titre de spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique en 2022. Durant son clinicat, elle a été coresponsable du programme Contrepoids Maternité, une structure multidisciplinaire innovante dédiée à la prise en charge des patientes enceintes souffrant d'obésité ou ayant subi une chirurgie bariatrique. Elle s'installe en cabinet à Genève en 2026.

Dr Jean-Baptiste DEXPERT

Centre médical de Vézenaz,
Route de Thonon 42, 1222 Vézenaz
Né en 1981, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2011 en France
Reconnaissance en 2014

Titre postgrade en Angiologie en 2021
en Suisse
Après des études de médecine en France (Nancy et Paris), le Dr Dexpert a eu une première carrière comme médecin urgentiste (urgence, SAMU,

transport hélicoptérés) et comme médecin d'une société d'assistance médicale à l'international. Arrivé en Suisse en 2016, il a effectué une spécialisation en Angiologie au CHUV et à l'HFR Fribourg où après l'obtention de son diplôme FMH il a été nommé médecin adjoint en 2021. A l'automne 2026, il débutera une activité indépendante dans le centre médical de Vézenaz où il effectuera des bilans angiologiques complets (artériopathies, maladies veineuses, maladies thromboemboliques) ainsi que de la phlébologie interventionnelle (laser endoveineux, phlébectomie, sclérothérapie mousse et liquide).

Dr Chloé KACZMAREK

Rue du Rhône 50, 1204 Genève
Née en 1990, nationalités Suisse
et Française

Diplôme de médecin en 2014 en Suisse
Titre postgrade en Gynécologie et obstétrique en 2022 en Suisse
Après avoir achevé ses études à l'Université de Genève, où elle obtient son diplôme de médecin en 2014, elle effectue deux années de formation en chirurgie générale à l'Hôpital de Nyon. Elle entreprend ensuite sa spécialisation en gynécologie-obstétrique aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ainsi qu'à l'Hôpital de Morges et obtient son diplôme de spécialiste en 2022. Après deux années supplémentaires aux HUG en qualité de cheffe de clinique, elle décide de s'installer en ville de Genève dès mai 2026.

Dr Philippe KHAU VAN KIEN

HUG – Service de médecine génétique,
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève
Né en 1968, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2001 en France
Reconnaissance en 2024

Titre postgrade en Génétique médicale en 2002 en France
Reconnaissance en 2024
Après avoir effectué ses études de médecine à Dijon et obtenu, en 2003, son diplôme de docteur en médecine ainsi que sa spécialisation en génétique médicale, il a exercé dans différents hôpitaux et instituts de

recherche en France avec un parcours mixte d'activités cliniques et de recherche doctorale (PhD, habilitation à Diriger des Recherches). Il a ensuite rejoint les Hôpitaux Universitaires de Genève, où il occupe depuis mai 2024 le poste de médecin adjoint au sein du service de Médecine Génétique et depuis peu la responsabilité de l'enseignement postgrade FMH de Génétique Médicale.

Dr Emmanuel PIGUET

4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève
Né en 1988, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie de la main en 2025 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2015, il a commencé sa formation de chirurgie aux HUG comme médecin interne. Il est ensuite parti travailler en Valais à Sierre dans le service de chirurgie de la main entre 2019 et 2021 où il est passé chef de clinique. Revenu en 2021 aux HUG il occupe actuellement le poste de chef de clinique au sein de l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques.

Dre Caroline RAYROUX

3 Ave JD Maillard, 1217 Meyrin
Née en 1991, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2022 en Suisse et en Pneumologie en 2023 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2015, elle a suivi une formation en médecine interne aux HUG puis en pneumologie aux HUG avec obtention du FMH de médecine interne et de pneumologie. Elle est actuellement spécialiste en pneumologie.

Candidature à la qualité de membre actif à titre associé

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

Nouvelles candidatures:

Dr Mathieu VAN STEENBERGHE

(membre ordinaire SVM)

Parc des Grangettes, Route de Chêne 112, Bâtiment M, 1224 Chêne-Bougeries

Né en 1976, nationalité Belge

Diplôme de médecin en 2001 en Belgique

Reconnaissance en 2010

Titre postgrade de Chirurgie en 2008 en Belgique

Reconnaissance en 2010 et en Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique en 2012 en Belgique

Reconnaissance en 2024

Après ses études de médecine à l'Université de Louvain, il se forme en chirurgie générale et en chirurgie cardiovasculaire à l'université de Louvain/ Belgique. Il est ensuite successivement chef de clinique au CHUV de Lausanne en chirurgie cardiaque et vasculaire, praticien attaché en chirurgie cardiaque pédiatrique à Paris-Necker, chef de clinique puis médecin adjoint dans le service de chirurgie cardiovasculaire des HUG. Il est également détenteur d'un PhD en sciences de l'UCLouvain et d'un Privat Docent de l'université de Genève. Il est installé à la clinique des Grangettes depuis octobre 2025 et exerce également à la clinique Cecil à Lausanne.

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans:

Dr Sara FEDERICI

depuis le 11 mars 2026

Dr Andrea BECOCCI

Dr Malgorzata BUCZAK

Dr Jennifer ELLIOTT

Dr Jose Bernardo ESCRIBANO PAREDES

Dr Damien FAYOLLE

Dre Silvia FRACCHIA

Dr Santi GALLETTA

Dr Jeremy MEYER

Dre Emilie RODEN

Dr Urs SYBURRA

Dre Elizabeth TSCHANZ

Dre Anne VON DÜRING

Dr Christos XOURGIAS

depuis le 11 avril 2026

Nouveaux membres probatoires

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

Dre Amina AHMED

Dre Farida AKHOUNDOVA SANOYAN

Dr Marco ARMANDO

Dre Alice BRICHEUX

Dre Justine DERONT

Dr Thomas FODOR

Dre Aude MOLINARD-CHENU

Dr Jérôme PEYROU

Dre Clara Matilde PROBST

Dr Artur RUSNAC

Dr Alireza SADRKHAH

Dr Ayhan SAHIN

Dre Mathilde SCHMID

Dre Sabrina SILHADI

Dre Anastasia SOUDÉ

depuis le 12 avril 2026

Membres en congé

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

Dr Lyat PEREZ

depuis le 1^{er} janvier 2026 (pour 1 an)

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 Jean-Luc BENDECK
Dre Corinne ISOZ BONADEI
Dre Nicole PETRICCIOLI
Dr Saïd SABETI
Dre Ariane SAUDAN-KISTER
au 1^{er} janvier 2026

Dre Martine BALANDRAUX
Dre Véronique BELLOSTA PROD'HOM
Dr Miche DUDOUIT
Dre Claude HOWARTH-FREY
Dre Anne HÜGLI-DAYER
au 1^{er} janvier 2027

Démissions

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

Dr Louis ANGELLOZ
Dre Anne-Marie CALZA
Dr Mattia FALESI
Dr Archie Jr HOOTON
au 31 décembre 2025

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Les Drs Dimitrios SAMARAS,
Maria-Aikaterini PAPADOPOULOU
et Claude PICHARD
consultent désormais à Rhône
Médical, 49 rue du Rhône,
1204 Genève

Le Dr Damien POLET
consulte désormais au Centre
Médical Meyrin-Village, 6 chemin
Antoine Verchère, 1217 Meyrin

La Dre Georgina PAULET JUNCA
consulte désormais au 1bis Av.
JD-Maillard, 1217 Meyrin

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès de

Dr. Christian BERLI
survenu le 4 avril 2026.

Dre Daisy ROTH
survenu le 24 avril 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