

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



M. Antonio Pizzoferrato
Secrétaire général de l'AMGe

Défense des membres : force et détermination

La défense des membres de notre association est celle de tous les médecins, quelles que soient leurs spécialités, leurs lieux de travail, leur pourcentage d'activité médicale ou chirurgicale, leur ancienneté ou encore leurs titres. L'AMGe est une.

Souvent, la question est posée: que fait l'AMGe? Au-delà du Conseil et de son Bureau, de notre secrétaire général, de son secrétariat, notre association est également représentée chaque semaine dans de multiples séances par des collègues qui s'investissent, prennent sur leur temps. Ensemble, nous sommes dédiés à la réussite politique, juridique, économique, mais aussi morale et éthique de l'AMGe. Avec plus de 3000 membres, notre diversité est grande. Cette multiplicité des pratiques est à mettre en perspective avec les dossiers qui nous animent et remplissent les lignes des éditoriaux publiés.

La décision, évidente, de publier dans *La Lettre de l'AMGe*, depuis le début de cette année, les activités et les séances auxquelles nous participons vient souligner notre application à mettre en œuvre et à défendre nos positions, nos lignes. Ce sont elles qui déterminent et définissent l'AMGe selon le mandat qui nous est confié.

Vous le savez, être du bout du lac, en Suisse, est vu comme une particularité, une Genferi. C'est une force, une preuve de caractère, mais uniquement lorsque l'on a la capacité de démontrer le volume de travail effectué et la conviction profonde qui sont

derrière toute proposition ou lutte. Le nombre de dossiers qui nous occupent au quotidien, au cours des dernières semaines, en est le parfait exemple. L'AMGe s'engage et agit, à tous les échelons politiques, économiques ou juridiques tant au niveau cantonal que national. C'est le fruit d'une réflexion commune entre les instances de notre association et d'une volonté inébranlable.

Les thématiques abordées lors de notre dernière assemblée générale à Palexpo ont démontré notre force de travail et la diversité des dossiers dûment pris en main: le nouveau tarif médical

Tardoc et les **forfaits** auxquels on peut lier la défense de la valeur du point tarifaire genevois (VPT) et l'utilisation du code diagnostic générique dans un canton qui a fait du secret médical une valeur intangible; le prochain **réseau de soins cantonal** créé pour coordonner au mieux la prise en charge des plus fragiles de la société avec son découpage territorial en quatre régions et son axe fort HUG-IMAD; la possible introduction d'une **caisse publique** genevoise; **l'économicté** avec l'apport d'une relève de qualité pour prendre la suite du Professeur Jean-François Balavoine dans la lutte incessante face aux assureurs et à leurs menaces; la mise en œuvre de la réponse à **l'urgence** et la garde médicale; **la taxe pressante** et son utilisation; la juste rémunération **pré-analytique** dans le domaine des examens de laboratoire; l'indemnisation des médecins de ville pour tout **consilium** sollicité par les HUG lorsqu'un patient est hospitalisé; les **assu-**

Les thématiques abordées lors de notre dernière assemblée générale à Palexpo ont démontré notre force de travail et la diversité des dossiers dûment pris en main.

rances internationales et leur volonté sans cadre légal d'utiliser la VPT cantonale qui découle du système de solidarité inscrit dans la loi sur l'assurance-maladie; les honoraires en **assurance complémentaire** et la contrainte imposée par certains assureurs qui est combattue avec force; le futur financement uniforme du système de la santé **EFAS** et l'importance des données pour la défense collective de nos professions ainsi que le choix du meilleur partenaire pour pouvoir travailler au mieux sur notre propre data; le **G7** et son possible chaos; **le certificat médical** et le questionnement

récent qu'il provoque à Genève et aux Chambres fédérales; sans évoquer les demandes individuelles administratives, juridiques ou de facturation qui arrivent directement auprès de notre secrétaire général. On le voit, ces éléments d'actualités sont divers, mais ils se rejoignent tous par leur profond besoin d'un soutien professionnel, fort et efficace que seule notre association est capable de fournir en temps et en heure. L'AMGe pèse dans les débats en étant un acteur de la santé incontournable.

L'AMGe est là pour vous. Question après question, dossier après dossier. Le travail est conséquent et de haute qualité. Cette certitude nous permet d'avancer et d'être une association responsable, respectée et reconnue au service de l'ensemble de ses membres. ●

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

M. Antonio Pizzoferrato
Secrétaire général de l'AMGe



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

Nos principaux services:

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

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

Le mois dernier, l'AMGe a...

Dossiers traités

Tardoc:

- Questions sur les dossiers médicaux papier après une retraite sans repreneur de cabinet Problèmes de positions TARDOC
- Code diagnostic

Honoraires LCA:

- Séance Gouvernance Assura-GM-Asterisk-AMGe
- 5 séances Atipik
- 5 séances Assura suivi convention et feuille de route
- séance EGK
- séance Clinique Générale Beaulieu – courrier medicalculis
- Plusieurs échanges membres suite refus remboursements assurances

OCS:

- Garde médicale
- Pré-analytique
- G7

Divers:

- Q4 Commission quadripartite OCS
- Entretien médecin cantonal (standardisation permis de conduire/ G7)
- Conférence SATW – Suisse Aging and Living – Lugano
- Séance économicité
- Séance Centre de chirurgie ambulatoire Hirslanden-HUG: inauguration
- Séance présidente des physiothérapeutes
- Entretien AMIG – commission quadripartite
- Séance résistance aux antibiotiques – Lausanne
- Divers avis juridiques pour membres
- Séances et points hebdomadaires avec l'agence de communication
- Séances hebdomadaires secrétariat
- Droit de pratique et Sarl
- Exclusions temporaires

Médias:

- Rédaction éditorial la Lettre de l'AMGe
- Interview Entreprise Romande FER certificat médical
- Interview TdG urgences CESAGE

Economicité: Commission 27.05.26

BELUGA: 1 séance de travail: 20 mai médecine de premier recours

Courriers et documents élaborés

total 782

Assurances internationales (UNSMIS, CIGNA)

Atipik

Commissions et chambre médicale

Conventions Assura-Groupe Mutuel

G7

Dossiers médicaux papier suite retraite sans repreneur de cabinet

Problèmes de positions TARDOC

Problèmes avec diverses assurances

Circulaire pour l'Assemblée des délégués FMH

Questions sur les médecins assistants en formation postgraduée

Echanges avec le DSM sur la composition du conseil d'administration des HUG

Questions sur la valeur du point

Discussions sur le nouveau CM pour l'éducation physique

OCS - nouvelles exigences pour l'approbation des conventions tarifaires

Suisa et ProLitteris

Activités des organes et commissions de votre association

4 réunions du BUREAU du conseil

05.05.2026 | 12.05.2026 | 19.05.2026 | 26.05.2026

SUJETS TRAITÉS :

Communication Pool romand de médecins de confiance

Tigre de papier

Courrier OCS: nouvelles exigences pour l'approbation des conventions tarifaires

Circulaire FMH taxe pré analytique

Réforme scolaire – Nouvelle formation préqualifiante

Honoraires LCA: point de situation

Honoraires privés: point de situation

Village santé-social à Balexert janvier 2027

Amélioration du processus de demande de prise en charge hospitalière aux HUG

1 réunion du Conseil 05.05.2026

SUJETS TRAITÉS :

Objets statutaires

Comptes 2025

Urgences / Gardes: point de situation

Initiative populaire « pas de Suisse à 10 millions! »

Sommet G7, Evian

1 réunion de la commission de déontologie et de conciliation

27.05.2026

Secrétariat

Réception téléphonique

Accueil

Correspondance sous dictée

OJ et PV des séances sous dictée: 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 Nadiacomunication La Lettre

Gestion des nouveaux membres

Gestion changements de statuts, démissions, décès

Mise à jour des coordonnées / annuaire

Demandes d'adhésion et suivis

Publication agenda et newsletters

Annuaire en ligne pour patients

Bourse emploi et petites annonces

Dossiers médicaux

Assemblée générale

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

Analyse et compilation mensuelle mails, téléphones et courriels

Tardoc code diagnostic (envoi courriers types ou demande de précisions)

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

Points hebdomadaires bureau et séance communication secrétaire général

Gestion des contenus et publications internes et externes - La Lettre, site web, News Letters

Gestion et suivi des contributeurs rédactionnels

Gestion des demandes insertions publicitaires et rédactionnelles La Lettre

Contrôle et suivi budgétaire prestataires externes

L'AMGe a

Site internet

Séance communicants SMSR et FMH

Assemblée générale

Revue de presse quotidienne

En chiffres

Informatique et sécurité



**Assistance
& technique**

71h

Projets spéciaux (Assurances LCA, TARDOC, CARA, Atipik, base de données Atlas, Docteur@home) secrétariat, amélioration logiciel, Assemblée Générale mai 2026, Analyse plan cantonal DSM-OCS 2035, Beluga, statistiques mensuelles, résolutions de pannes, analyse phishing, résolution de spams, mises en ligne contenus,



**Maintenance
et gestion**

49,2h

Messagerie sécurisée

9h

Site web

Mails & Téléphones + Prosertel



337

Échanges de mail
Support@amge.ch / honoraireslca@amge.ch

584

Appels entrants



75

Appels sortants

3'123

Mails reçus (hors tickets)



2'483

Mails envoyés (hors tickets)



1'626

Nouveaux tickets pour le secrétariat



2'292

Échanges de mails suite aux tickets



12'085'650

Mails membres stockés sur la plateforme



18'479

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.

42'272

messages rejetés (spams, virus)

13'195

connexions refusées ou échouées – dont une partie provient des criminels

5'763

tentatives de connexions pour l'adresse la plus attaquée

47

le record de tentatives pour un seul compte provient de 47 pays différents

347

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

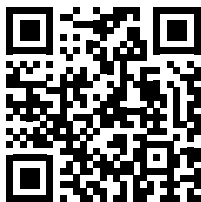
Crédits (à confirmer) :
3 AMG / 3 SSED / 3 SSMIG



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.journeedudiabete.ch

Propos recueillis par
Svenn Moretti

ENTRETIEN

Retrouvez
la version intégrale
de cet article sur
svmed.ch/doc-mag

« LA FOCALISATION SUR LES COÛTS FAIT OUBLIER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ »

Secrétaire général de la Société vaudoise de médecine (SVM) depuis mai 2025, **Gaël Saillen** se trouve au cœur du système de santé vaudois. Ancien responsable des affaires publiques chez Helsana et titulaire d'un Executive MBA en management de la santé, il a construit un parcours d'équilibriste entre assurance, médecine et politique, Suisse romande et alémanique. Il revient sur son rôle et les défis d'un système sous tension, toujours porté par une curiosité née de ses études en sciences des religions.

Quel est votre lien avec le monde de la santé ?

Avant-même la dimension professionnelle évidente, il y a un lien plus personnel. Élevé par ma mère infirmière au CHUV et mon père médecin au sein d'un hôpital régional, j'ai d'abord porté un regard d'enfant sur ces professions. Plus tard, j'ai pu constater que la survie d'un service pouvait parfois reposer sur les épaules d'un seul médecin. Ma sœur, elle aussi médecin, m'a également permis de mieux saisir les exigences et les grandes étapes de ce parcours.

Comment définiriez-vous votre rôle de secrétaire général au quotidien ?

Mon rôle consiste d'abord à veiller au bon fonctionnement de l'organisation et du secrétariat général, qui constituent l'ossature de la SVM. Sans une équipe solide, rien n'est possible. J'ai aussi pour mission de soutenir le comité de la SVM, afin qu'il puisse prendre ses décisions en tenant compte du contexte politico-économique. Cela implique un important travail d'information pour favoriser des choix stratégiques. Pour y arriver, je m'attache à entretenir un réseau de contacts, à rester curieux et bien informé. Le travail pour les membres est au centre de mon activité. En une journée, je peux passer d'une négociation de CCT le matin à une communication de crise, puis à des questions de gouvernance le soir.

Qu'attendent aujourd'hui les médecins de la SVM et comment y répondre concrètement ?

Les médecins ont besoin de sérénité dans leur travail auprès des patient-es. Ils

font face à des pressions multiples : nouveaux tarifs, questions de facturation, négociations hospitalières, contraintes budgétaires, initiatives politiques sur leur rôle. La SVM doit défendre des conditions-cadres permettant aux médecins de se concentrer sur les soins.

Quels sont les principaux dossiers que vous portez actuellement ?

Il y a par exemple le TARDOC, les questions liées à la LCA, ou encore le financement uniforme des prestations prévu dès 2028. Cette réforme majeure vise à éviter que des raisons financières orientent le choix entre une prise en charge à l'hôpital ou en ambulatoire. Cela aura des impacts concrets sur la pratique des médecins. Il y a aussi la question de la limitation des admissions et le rôle central de la SVM dans la représentation de ses membres.

Les points de vue entre assurances et le corps médical sont-ils si antagonistes ?

J'ai toujours privilégié la collaboration éclairée dans mon travail. Les assureurs pensent à leurs assuré-es, les médecins et les établissements hospitaliers à leurs patient-es, les autorités cantonales à leurs contribuables. Toutes les parties prenantes du système de santé défendent des intérêts qui ne sont évidemment pas toujours alignés, mais pas toujours opposés non plus. Tout l'enjeu est de les faire converger.

D'après vous, où se situe le véritable enjeu aujourd'hui ?

Le problème, c'est un narratif presque entièrement centré sur les coûts. C'est un

00



Lire l'article en entier

doc@svmed.ch

ENTREPRISE ROMANDE
Vendredi 5 juin 2026 - jeudi 18 juin 2026

Arrêts de travail douteux: inquiétude des employeurs

SANTÉ AU TRAVAIL Des employeurs ont l'impression que des arrêts de travail sont établis trop facilement. Des médecins admettent des excès, mais jugent le système globalement bon.

PIERRE CORMON

L'entretien de fin d'année s'est très, très mal passé. Le supérieur jugeait la performance de l'employée insuffisante, celle-ci se défendait bec et ongles. Elle est sortie en claquant la porte et présentait dans la foulée un certificat médical attestant d'une incapacité de travailler à 100%. Elle a reçu son salaire pendant presque six mois, sans donner de nouvelles, avant de démissionner. Le supérieur se pose encore des questions. L'arrêt était-il justifié? Un conflit lié au travail peut-il motiver un certificat médical? Toute souffrance peut-elle être considérée comme une maladie? Ces questions, de nombreux employeurs se les posent. Ils

ont l'impression que des certificats médicaux sont délivrés un peu trop facilement. Les cas éveillent leur méfiance ont sensiblement augmenté depuis le covid, montre un sondage lancé par l'Union des associations patronales genevoises (UAPG) de même que la durée des arrêts de travail.

Le corps médical se défend. «Le système, globalement, fonctionne», estime Bertrand Buchs, médecin-conseil de l'UAPG. «Les certificats sciemment accordés à tort sont excessivement rares», ajoute Michel Matter, président de l'Association des Médecins du canton de Genève.

Licenciement

Un cas particulièrement fréquent concerne les employés présentant un certificat médical attes-

tant d'une incapacité de travail à 100% après s'être fait licencier. «Parfois, le certificat médical est délivré le jour-même du licenciement, alors que l'employé n'a jamais montré de signe de maladie», remarque Alexandra Müller, juriste au Service d'assistance juridique et conseils (SAJEC) de la FER Genève. Cela peut rendre le certificat nul ou suspendre le délai de congé pour une durée qui peut atteindre plusieurs mois, selon les cas. Ils reflètent parfois un climat de travail délétère et une réelle souffrance. Bertrand Buchs reçoit des patients dont l'employeur a un doute sur la validité de l'arrêt de travail, dans le cadre de son activité de médecin-conseil (lire ci-dessous). «Quand je lis la demande de l'employeur, il arrive que le patient se mette à pleurer», raconte-t-il. Ce n'est pas sur ces cas que porte le débat, mais sur d'autres situations. «Dans notre branche, dans quatre cas sur cinq, une personne licenciée présente un certificat médical, quelles que soient les

circonstances», relate Pascal Raemy, président de l'Association genevoise des entrepreneurs de nettoyage et de services (AGENS). «On a l'impression que certains en font une véritable stratégie pour être payés plus longtemps.»

Troubles psychiques

Les interrogations sont renforcées par le fait que les troubles qui motivent les arrêts de travail sont souvent plus difficiles à diagnostiquer qu'une fièvre ou une foulure. C'est notamment le cas lorsque le médecin et le patient ne se connaissent pas. C'est ce qu'a illustré un reportage de *Mise au point*, en 2022. Un journaliste s'est plaint de troubles imaginaires, comme une grosse fatigue, chez quatre médecins qu'il ne connaissait pas. Il est systématiquement ressorti certificat en poche. L'un d'eux était valable un mois, le maximum selon les règles de l'art.

Certains médecins et cliniques sont connus pour avoir le certificat facile. «Nous en avons discuté dans un groupe de travail



Des arrêts de travail de longue durée sont délivrés par le biais de la télé-médecine. Photo adobeStock

de l'UAPG qui réunissait employeurs, médecins, assureurs et juristes», indique Pascal Raemy. «Tout le monde avait les mêmes noms.» Agir contre eux n'est pas aisé (lire ci-dessous).

Télé-médecine

Une part croissante des certificats douteux ont été établis à distance. «Je comprends qu'on puisse avoir recours à la télé-médecine en cas d'urgence», remarque Pascal Raemy. «Mais j'ai vu des arrêts d'un mois délivrés par des médecins situés à des centaines de kilomètres.» Or, un employeur ne peut contester un certificat médical qu'en apportant d'autres moyens de preuve, ce qui n'est pas facile. Enfin, avec les nouvelles technologies, pro-

duire un faux convaincant est devenu beaucoup plus facile. «On voit de plus en plus de faux certificats, notamment générés à l'aide de l'intelligence artificielle», remarque Alexandra Müller. «Ils ne sont pas toujours faciles à détecter.»

Pistes de réflexion

Plusieurs pistes de réflexion sont actuellement poursuivies par le groupe de travail de l'UAPG. Il s'agit notamment de l'introduction de QR-codes sur les certificats pour se prémunir des faux, l'encadrement des téléconsultations ou l'amélioration de la coordination entre les acteurs. *Entreprise romande* y reviendra. ■

Lire aussi en page 12

Ce qu'un employeur peut faire

Un employeur peut introduire des clauses spécifiques sur la télé-médecine dans le règlement du personnel. Il peut s'agir:

➔ d'autoriser la production d'un certificat médical par télé-médecine sous conditions (par exemple que le médecin soit autorisé à pratiquer en Suisse);

➔ d'exiger que le certificat médical comporte un certain nombre d'indications, comme le timbre du médecin et sa signature;

➔ de limiter la télé-médecine à la première consultation;

➔ d'interdire purement et simplement les certificats médicaux établis par télé-médecine.

«La validité de telles clauses n'est toutefois pas garantie, ces questions n'ayant pas été tranchées par la justice, à notre connaissance», prévient Alexandra Müller.

L'employeur peut initier une contre-expertise en demandant que le travailleur soit examiné par un **médecin-conseil**, aux frais de l'entreprise. Le collaborateur est tenu d'accepter. Les membres de la FER Genève peuvent recourir à la procédure mise en place par

l'UAPG, qui dispose de ses propres médecins conseils. La consultation est effectuée rapidement et est facturée 300 francs à l'entreprise.

Le médecin-conseil est neutre, indépendant et soumis au secret médical. «L'informe seulement si j'estime que le certificat est justifié ou non», relève Bertrand Buchs. «Je confirme l'arrêt de travail d'environ 80% des patients.»

Lorsque ce n'est pas le cas, le médecin-conseil peut se muer en médiateur. «Si une personne est en colère contre son employeur, je lui explique qu'un arrêt maladie ne résout rien», poursuit Bertrand Buchs. «Le dialogue suffit souvent à désamorcer les tensions.»

Les assurances perte de gain disposent aussi de médecins-conseils. Ils interviennent généralement à un stade plus avancé que ceux de l'UAPG. «La contre-expertise n'intervient souvent que deux ou trois mois après le début de l'arrêt de travail», remarque Alexandra Müller.

Si le médecin-conseil estime que l'employé bénéficie d'une pleine capacité de travail, l'employeur pourra se fonder sur la contre-expertise pour prendre des mesures adaptées aux circonstances. Il peut d'agir, suivant les cas, de licencier l'employé, de l'informer de la date de la fin de son contrat, de lui demander de reprendre le travail, etc. ■

Sanctionner les médecins complaisants?

Tout le monde les connaît et, pourtant, ils continuent à sévir. Les médecins accordant des arrêts de travail à la pelle à des patients qu'ils ne connaissent pas sont rarement inquiétés. Des moyens d'action existent. A Genève, la Commission de surveillance des professions de la santé du canton peut être saisie, si le médecin y est basé. On peut aussi déposer plainte pénale. Dans les deux cas, il faut disposer d'éléments solides. «Emettre simplement le soupçon qu'un certificat est complaisant ne suffit pas», précise Marc Balavoine, président de la Commission de surveillance. Les plaintes et les dénonciations sont peu nombreuses et, parmi elles, peu passent ce filtre - l'ordre d'idées est d'une par année. Il est encore plus rare qu'elles aboutissent à une sanction. «Ces dernières années,

nous avons reconnu un seul cas de négligence dans l'établissement d'un certificat médical», relève Marc Balavoine.

Un passage par la justice pénale peut être ardu, comme le montre le cas de la clinique Corelia, à Genève. On lui reprochait de privilégier indûment les intérêts des assureurs. Entre le premier signalement et l'épilogue judiciaire, il s'est écoulé une quinzaine d'années pour un verdict en demi-teinte, malgré des éléments que de nombreux observateurs jugeaient accablants.

La jurisprudence sur les arrêts de travail et les certificats est donc mince.

De plus en plus de voix s'élèvent pour demander une adaptation du système, essentiellement basé sur la confiance et mal outillé contre la mauvaise foi. Sans succès jusqu'à présent. ■

«Une évolution sociétale»

«Le certificat médical n'est pas un dû, mais un droit», rappelle Michel Matter, président de l'Association des médecins du canton de Genève. «Il faut placer les choses dans leur contexte. La société a évolué: certaines situations sont de moins en moins tolérées et, depuis la pandémie de covid-19, la santé mentale s'est nettement dégradée. Les consultations sont en hausse et les médecins font face à une pression considérable. De nouvelles questions se posent, notamment avec le développement du télétravail et de la télé-médecine. On exige des réponses qui n'existent pas toujours. Pour notre part, nous rappelons le cadre légal à nos membres: le certificat médical est un titre et établir sciemment un faux certificat relève du droit pénal.»

Académie des entreprises depuis 1986 - programmes accrédités eduQua, IACBE & ISO 9001

Brevet fédéral - AI Business Specialist

Maîtrisez l'IA et pilotez la transformation de votre entreprise

Subvention fédérale

ESM

12 mois en emploi | intervenants experts | en français | 3 Tech Days en entreprise

prochaine session: 31 août 2026

dates et programme complet

022 979 33 79 esm.ch Osez l'action!

REMI(COM)

LOCAL COMMERCIAL & COMMUNIS D'ENTREPRISE

PRÉPARONS ENSEMBLE LA TRANSMISSION DE VOTRE ENTREPRISE

www.remicom.com

• N°1 en Suisse • 20 agences
• 2000 produits • 1000 transactions / an
pme@remicom.com Tél. 022 700 22 22

Économie de la santé

Les soins de santé, un investissement pour la croissance

L'économie de la santé n'est pas un facteur de coût, mais un moteur de croissance. Les chiffres actuels le montrent : elle soutient l'emploi, renforce la stabilité économique et contribue au dynamisme des économies nationales.

Hanna Hryhorova^a, Malina Müller^b, Sandra Zimmermann^c

^a MSc, Senior Researcher Impact Analysis, WifOR Institute, ^b Dre rer. pol., Head of Health Economics, WifOR Institute, ^c Dre rer. pol., Head of Scientific Dialogue, WifOR Institute

L'économie de la santé constitue un pilier essentiel des économies résilientes et gagne en importance, en particulier en période de difficultés économiques. Alors que de nombreux secteurs sont soumis aux fluctuations conjoncturelles, elle s'affirme comme un moteur stable de croissance et d'emploi. Ainsi, en 2025, elle a généré en Allemagne une valeur ajoutée brute de 498,4 milliards d'euros, soit 12,4% de l'activité économique du pays. Autrement dit, environ un euro sur huit

de la richesse créée en Allemagne provient de l'économie de la santé. Le secteur emploie 7,7 millions de personnes, soit un emploi sur six environ (16,7%) [1].

Cette évolution est structurelle et ne relève pas d'un effet passager. Depuis 2016, l'économie de la santé en Allemagne enregistre une croissance moyenne de 4,7% par an, supérieure à celle de l'économie dans son ensemble [1]. Par rapport à l'année précédente, la dynamique reste soutenue : la valeur ajoutée

brute a progressé de 4,9% et l'emploi de 1,2% [1].

Repenser les dépenses de santé

L'Organisation mondiale de la santé souligne que les dépenses de santé doivent être considérées comme des investissements en faveur de la stabilité économique [2]. Un système de santé performant renforce non seulement la prise en charge médicale, mais accroît aussi la productivité et la résilience des économies face aux crises.

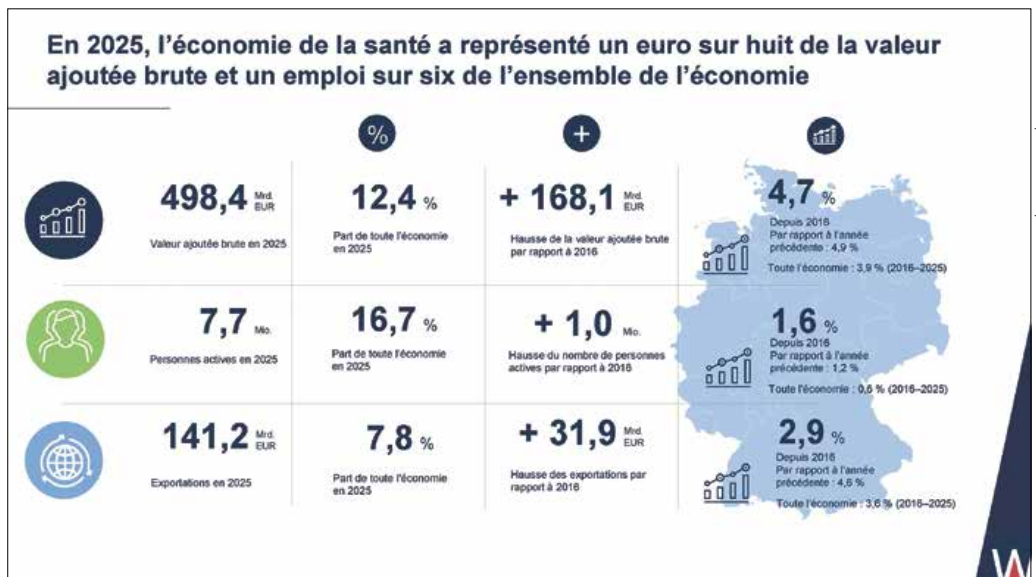


Figure 1: Importance économique du secteur de la santé en Allemagne en 2025

Extrait du Bulletin des médecins suisses N° 5

● Dossier

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N° 5 | Juin 2026

sonnes [4]. Ce secteur industriel est à l'origine d'innovations qui améliorent les soins et favorisent la croissance.

Au-delà des indicateurs économiques

L'importance de l'économie de la santé dépasse les seuls indicateurs économiques. La santé est une condition essentielle de la participation à la vie sociale, de la productivité et de la stabilité à long terme.

Un système de santé performant déploie des effets positifs sur les objectifs de politique économique, qu'il s'agisse de croissance, d'emploi, de stabilité ou de résilience. Il renforce également la confiance de la population et contribue à la solidarité des sociétés en période de crise [2].

Les investissements dans la santé renforcent la résilience et la productivité.

Agir dès aujourd'hui pour l'avenir

Malgré son importance pour l'ensemble de la société, l'économie de la santé est encore trop souvent perçue sous le seul angle des coûts dans les débats politiques. Exploiter pleinement son potentiel exige des mesures ciblées.

Tout d'abord, les dépenses de santé sont un investissement, et c'est à ce titre qu'elles doivent être considérées. Ensuite, leur bénéfice pour la société doit être mis en avant, non seulement sur le plan médical, mais aussi dans leurs dimensions économique et sociale. Une perspective dont il faut régulièrement rendre compte.

Par ailleurs, l'innovation et la numérisation sont des leviers décisifs pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Dans le même temps, la complexité croissante incite à une coopération renforcée entre l'ensemble des acteurs du système de santé.

Dans ce contexte, il est primordial de rappeler qu'une politique de la santé tournée vers l'avenir doit pleinement reconnaître l'économie de la santé et son rôle de moteur d'investissement et de croissance. C'est le seul moyen de garantir durablement l'accès aux soins, la stabilité économique et la résilience sociale. ●●●

Correspondance

malina.mueller@wifor.com

Littérature

- 1 Ministère fédéral allemand de l'Économie et de l'Énergie. Gesundheitswirtschaft - Daten und Trends; Faktenblatt Gesundheitswirtschaft 2025. 2026
- 2 Organisation mondiale de la santé (OMS). WHO Council on the Economics of Health for All. Genève: OMS; 2020

- 3 WifOR Institute. Calculs basés sur les résultats du groupe de travail sur les comptes économiques des Länder (AG VGRdL). 2024
- 4 Ministère fédéral allemand de l'Économie et de l'Énergie. Gesundheitswirtschaft - Daten und Trends; GGR Dashboard 2024. 2025
- 5 Ministère fédéral allemand de l'Économie et de l'Énergie. Gesundheitswirtschaft - Daten und Trends; Faktenblatt Industrielle Gesundheitswirtschaft 2025. 2026

Économie de la santé

En Allemagne, le terme « économie de la santé » désigne un secteur transversal couvrant l'ensemble des biens et des services destinés à préserver, rétablir ou améliorer la santé. Cela inclut également les activités de recherche et développement ainsi que le commerce de gros et de détail des technologies de santé. WifOR Institute a subdivisé l'économie de la santé en trois segments: l'industrie de la santé, les soins médicaux et les autres sous-secteurs.

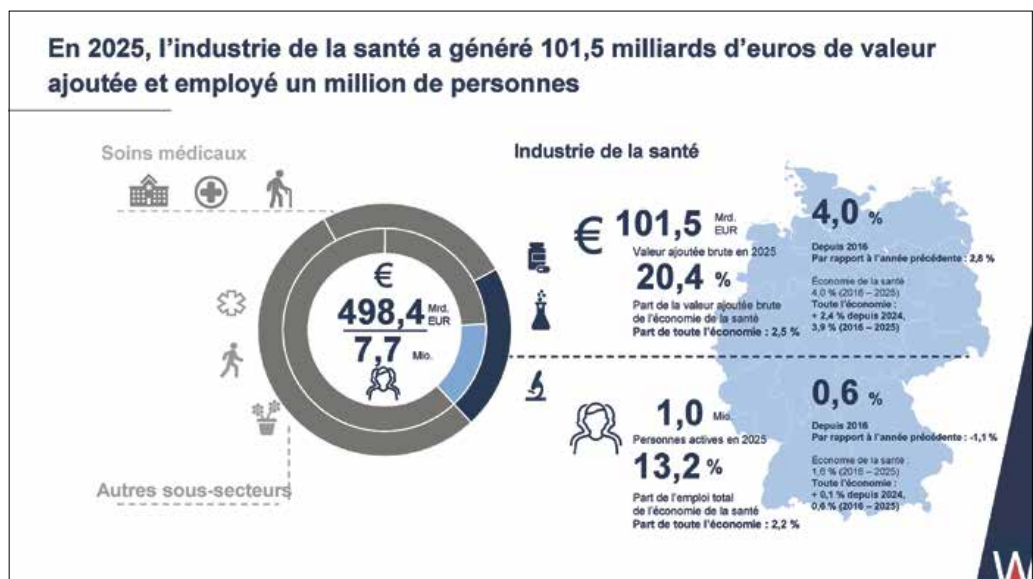


Figure 3: Importance économique de l'industrie de la santé en Allemagne en 2025

Maîtrise des coûts de la santé - 2^e volet

Plus de mal que d'économies

Dans le domaine des médicaments, la mise en œuvre du 2^e volet des mesures visant à maîtriser les coûts table sur la microréglementation plutôt que sur la réalité du terrain. Conséquences : davantage de charges administratives et des risques considérables en termes de sécurité de l'approvisionnement.



Rebecca Hertzog
Dre méd., experte,
FMH, spécialiste
en médecine interne
générale



Franziska Lenz
Coresponsable,
Politique &
communication, FMH

percussions directes sur la sécurité d'approvisionnement et, partant, sur les médecins et les patients.

Lourdeurs et nouveaux risques

Le projet mis en consultation n'apporte pas de juste équilibre entre maîtrise des coûts, sécurité d'approvisionnement, qualité au plan médical et accès à l'innovation. Les mesures prévues dans le domaine des médicaments sont axées principalement sur la microréglementation, avec le risque de mettre en danger la sécurité d'approvisionnement. Une étude d'impact explicite sur ce point fait cruellement défaut.

Dans le cadre des nouveaux modèles d'impact budgétaire, les titulaires d'autorisations de mise sur le marché devront, à partir d'un volume de marché défini, restituer un pourcentage du chiffre d'affaires aux assureurs et aux cantons. Le seuil sera calculé en fonction des indications médicales. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) peut, à des fins de vérification, exiger certaines données de la part des fournisseurs de prestations. Comme cette nouvelle règle est liée aux indications, la collecte de ces données s'annonce fastidieuse. Elle soulève de surcroît des questions d'ordre juridique quant à l'obligation étendue faite aux médecins de communiquer à l'administration fédérale des informations sur des prescriptions individuelles.

Des modèles de prix problématiques

Autre nouveauté : l'ordonnance inscrit explicitement des codes d'indication pour les médicaments soumis à un modèle de prix. La transmission de ces codes sera contraignante pour les fournisseurs de prestations :

Art. 34^{ter}, al. 3 et 4, OPAS

³ Le fournisseur de prestations transmet à l'assureur toutes les informations nécessaires aux fins de la restitution. Il fournit dans tous les cas le code d'indication.

⁴ L'OFSP peut exiger toutes les informations et données nécessaires à la fixation et au contrôle des restitutions.

En cas d'indications multiples, principales et secondaires, et de préparations combinées, les modalités prévues pour la mise en œuvre sont déconnectées de la pratique médicale et ajoutent une couche à la charge administrative, financière et numérique des médecins. Les assurances peuvent refuser le remboursement d'un médicament si les informations communiquées par les fournisseurs de prestations sont insuffisantes, ce qui est en totale contradiction avec la présomption de prise en charge obligatoire.

Le devoir d'information relatif aux données médicales est même formulé comme une clause générale dans l'art. 59 OAMal :

Art. 59, al. 1, let. f, OAMal

¹ Les fournisseurs de prestations inscrivent sur leurs factures toutes les indications administratives et médicales nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations conformément à l'art. 42, al. 3 et 3bis, de la loi. Ils fournissent en particulier les indications suivantes : f. toutes les indications nécessaires à la vérification des restitutions prévues par l'art. 65^{ter} ; le DFI fixe les modalités.

Dans le rapport explicatif, les précisions concernant les restitutions (p. 22) sont elles aussi pour le moins problématiques : « Sur la base de la documentation fournie

En adoptant en mars 2025 le 2^e volet des mesures visant à maîtriser les coûts de la santé, le Parlement a prévu plusieurs modifications de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le bilan global est décevant : du point de vue du corps médical, il ne fait qu'accroître la tendance à instaurer une gestion étatique tatillonne au lieu de s'occuper de la question bien réelle de l'approvisionnement. Le 18 février 2026, le Conseil fédéral a mis en consultation les modifications des ordonnances qui touchent au domaine des médicaments, à savoir l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Ces mesures suscitent de vifs débats entre Parlement, autorités et branche pharmaceutique, d'autant plus dans un contexte géopolitique chahuté et alors que la Suisse figure parmi les pays de référence de la comparaison internationale des prix effectuée par les États-Unis (« GENEROUS-Model ») [1]. La plupart des modifications proposées s'adressent aux titulaires d'autorisations de mise sur le marché. Mais elles auront aussi des ré-



En consultation, les demandes d'explications augmentent, tout comme la charge de travail.

par l'entreprise pharmaceutique, l'OFSP peut ainsi soumettre les coûts ou les quantités d'un médicament donné à une limite supérieure, soit au niveau d'un patient, soit au niveau de la population; si nécessaire, l'OFSP fixe également, sur la base de la même documentation, la période pendant laquelle cette limite supérieure doit être atteinte.» Cette mesure ne représente pas seulement une restriction de la liberté thérapeutique; elle introduit un nouveau plafonnement des coûts sans base légale.

Remboursement « jour 0 » : un chemin semé d'embûches

Selon ce train de mesures, les médicaments répondant à un besoin médical important seront admis sur la liste provisoire des spécialités – et remboursés – dès l'obtention par Swissmedic de l'autorisation de mise sur le marché. Mais la concrétisation impliquera des processus administratifs complexes et des lenteurs bureaucratiques considérables. On peut dès lors douter que cette procédure d'admission accélérée sera sollicitée.

En outre, le fait que l'expertise médicale ne jouera pas obligatoirement un rôle dans l'évaluation du besoin médical important est pour le moins préoccupant :

Art. 69c, al. 2, OAMal

² Un besoin médical important au sens de l'art. 52d, al. 1, LAMal, est avéré lorsqu'il résulte de l'ampleur des besoins de traitement dans l'indication concernée, des alternatives thérapeutiques disponibles, du

bénéfice thérapeutique escompté pour le médicament et des données probantes à disposition. L'OFSP évalue le besoin médical après avoir consulté la CFM, sur la base des critères qu'il a définis en concertation avec la commission; il peut également faire appel à d'autres experts.

Pour plusieurs autres dispositions, le dernier mot revient à l'OFSP lors de l'évaluation de l'efficacité et de l'adéquation. La Commission fédérale des médicaments (CFM) sera certes consultée, mais elle ne représente pas toutes les facettes de la médecine. Compte tenu de la complexité croissante liée aux médicaments innovants et à leurs indications, il serait irresponsable de ne pas intégrer de manière contraignante toute l'expertise professionnelle et clinique disponible.

L'économicité avant tout, loin de la réalité du terrain

Le projet est essentiellement axé sur l'économicité, comme en témoigne sans équivoque l'article 65b :

Art. 65b, al. 1, OAMal

¹ Un médicament est réputé économique lorsqu'il produit l'effet thérapeutique recherché à un coût aussi réduit que possible.

Le coût est donc bien l'élément central de ce train de mesures, et non l'indispensable sécurité d'approvisionnement, ni une analyse globale des coûts. Le critère de prévalence fait son apparition dans la détermination des prix : le coût journalier

d'un médicament est comparé au coût journalier du traitement d'une autre maladie présentant une prévalence et une incidence similaires, dans le but d'harmoniser les prix. Cette approche comporte des risques méthodologiques et ne correspond nullement à la réalité clinique.

Au détriment de la qualité de vie

Difficile de naviguer entre la dimension éthique de retraits du marché par les titulaires d'autorisations et une surréglementation voulue par les autorités et axée essentiellement sur une conception restrictive de l'économicité. La pression géopolitique actuelle amplifie le problème. Tout récemment, deux médicaments innovants ont ainsi été retirés de la liste des spécialités. Quant aux médecins, ils se trouvent – avec les patients – au bout de la chaîne d'approvisionnement. En consultation, les demandes d'explications augmentent, tout comme la charge de travail. Enfin, ils doivent faire face, aux côtés de leurs patients, à de lourdes conséquences sur la qualité, voire sur l'espérance de vie.

Dans sa prise de position, la FMH rejette catégoriquement toute mesure d'économie qui porterait préjudice à l'approvisionnement médical et à la sécurité des patients. Elle ne peut accepter que des médicaments importants disparaissent du marché pour des questions de coûts. La FMH préconise une évaluation rapide de la sécurité et de l'efficacité des préparations innovantes, leur mise à disposition dans les meilleurs délais et leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Toutes les parties prenantes réclament des procédures claires, standardisées et peu bureaucratiques, tant sur le plan administratif que clinique ou en matière d'innovation. Enfin, l'expertise médicale doit impérativement être intégrée au processus. ●●●

Correspondance

politik@fmh.ch

Littérature

- Département fédéral de l'intérieur (DFI). Procédure de consultation : modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) (Mise en œuvre du deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts dans le domaine des médicaments). Feuille fédérale; 2026 : 367
- Ettlin E, Roduit B, Sauter R, Silberschmidt A. LAMal. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts - 2e volet). Parlement suisse; 2022

Tarifs médicaux ambulatoires

Le défi posé par un corsetage des coûts

L'entrée en vigueur du nouveau système tarifaire ambulatoire en 2026 marque l'ouverture d'un nouveau chapitre assorti de garde-fous tels que la neutralité des coûts statique et dynamique, un plafond de 4% et d'autres exigences politiques.



Annika Christen
Responsable Médecine et tarifs ambulatoires, FMH

L'introduction du TARDOC et des forfaits ambulatoires a mis un terme à l'ère du TARMED dans le domaine ambulatoire. Ce changement s'imposait, car un seul tarif à la prestation ne permettait plus vraiment de refléter la réalité des coûts. Depuis le 1^{er} janvier 2026, un système global s'applique: quand les forfaits sont appropriés, ils prévalent, mais le TARDOC reste un élément central du système si la prise en charge médicale a besoin d'être différenciée. La réforme a donc non seulement permis de moderniser le tarif, mais représente aussi un test de résistance pour la politique de la santé, car l'application n'est pas sans contraintes, mais exige au contraire de respecter un maillage étroit d'exigences.

Introduction avec un frein

Le Conseil fédéral a approuvé le nouveau système tarifaire ambulatoire pour une durée limitée de trois ans tout en exigeant de nombreuses améliorations. Cela montre qu'il est favorable à l'introduction de la réforme tarifaire, tout en maintenant une surveillance étroite assortie de garde-fous, dont la principale exigence est le respect de la neutralité des coûts lors du passage de l'ancien au nouveau système. Il ne considère donc pas d'emblée le nouveau tarif comme un système capable d'évoluer, mais le place au rang de réforme à laquelle il entend imposer des conditions. Pour les partenaires tarifaires, cela im-

plique non seulement de fournir une structure tarifaire appropriée, mais aussi de prouver au monde politique que la structure reste sous contrôle.

Quatre garde-fous

La neutralité statique des coûts vise à éviter que le changement de système n'entraîne des coûts supplémentaires, tandis que la neutralité dynamique permet de suivre l'application effective du tarif grâce à un monitoring et de garantir par des mécanismes de correction que le nouveau système ne génère pas de coûts supplémentaires. Le Conseil fédéral a par ailleurs fixé un plafond annuel de 4% pour les coûts effectifs globaux et demandé de définir une limite maximale pour les prestations médicales fournies dans le cadre du TARDOC.

L'introduction du tarif ne se fait pas sous le signe de la confiance, mais de la surveillance.

Neutralité statique au début

Le premier garde-fou concerne la neutralité statique des coûts. Les valeurs des points tarifaires du TARDOC et des forfaits ambulatoires ont été soumises à une valeur d'ajustement de manière à assurer un passage de l'ancienne structure tarifaire à la nouvelle sans coûts supplémentaires. Ce qui semble évident sur le papier l'est moins dans la pratique, car le Conseil fédéral a relevé certaines incertitudes, notamment pour les prestations sans équivalent TARMED clair. C'est la raison pour laquelle il exige un monitoring très serré des positions n'ayant pas pu être transcodées.

À cela s'ajoute la question du prix, car il a souhaité que les valeurs du point soient maintenues au niveau de 2025 au moment de l'introduction du nouveau tarif. Si des ajustements devaient néanmoins s'avérer nécessaires, leurs effets seraient compensés ultérieurement. Il ne fait donc aucun doute que le nouveau tarif ne doit générer aucune augmentation de coûts due à un transfert des prix, et ce dès son introduction.

Neutralité dynamique ensuite

La neutralité dynamique des coûts est encore plus cruciale, car il s'agit d'un outil de pilotage qui se déploie sur plusieurs années. L'évolution des coûts par assuré est calculée par rapport à l'année de référence 2025. Une fourchette vers le haut ou le bas est prévue et des mécanismes de correction s'appliquent en cas de dépassement. À cela s'ajoutent le facteur externe, les considérations régionales et celles relatives au secteur dans lequel est fournie la prestation et, enfin, une phase qui s'étendra au moins jusqu'à fin 2028 et ne s'achèvera que lorsque le Conseil fédéral estimera que les exigences qu'il a fixées sont remplies: à savoir correction des lacunes matérielles, surveillance des coûts à long terme et extension des forfaits ambulatoires à au moins 34% des prestations brutes.

Les exigences supplémentaires du Conseil fédéral visent à contenir l'augmentation annuelle des coûts ambulatoires globaux bruts à 4%. Cette limite, qui est prioritaire, s'applique indépendamment du plafonnement défini pour parer aux risques tarifaires. Si elle est dépassée, des corrections sont apportées. Il ne s'agit pas que des prestations médicales au sens strict, mais aussi des médicaments, du matériel, des implants et des analyses.

Certificat médical

Entre droit et médecine

Le Conseil national a adopté une motion exigeant des mesures contre les certificats médicaux de complaisance et les certificats médicaux lacunaires. Or, le droit en vigueur et les instruments existants suffisent : il n'est pas nécessaire de modifier la loi ni d'assouplir le secret médical.



Iris Herzog-Zwitter
Dre iur., Service
juridique de la FMH



Gabriela Lang
Avocate, responsable
du Service juridique
de la FMH

Cet article se penche sur le cadre juridique et présente des instruments éprouvés pour l'évaluation de l'incapacité de travail. Il fait suite à la motion 26.3002 « Mesures contre les certificats médicaux de complaisance et lacunaires au détriment des employeurs et des assurances sociales », qui prône un assouplissement du secret médical pour les employeurs et les autorités de l'aide sociale [1].

Évaluer l'incapacité de travail relève à la fois de la médecine et du droit : les médecins évaluent une notion juridique à l'aune de leur savoir médical. Compte tenu de l'augmentation des absences pour raisons de santé depuis 2010 [2], les certificats médicaux revêtent une importance particulière, car ils sont un moyen de preuve en droit du travail (p. ex. pour l'obligation de verser le salaire) et en droit des assurances sociales et privées (p. ex. pour les indemnités journalières). Ils permettent aux salariés d'attester leur incapacité de travail due à une maladie ou à un accident et de planifier de manière appropriée leur retour au travail.

Aucun besoin d'agir dans la loi

La motion 26.3002 demande au Conseil fédéral de « prendre toutes les mesures appropriées pour lutter efficacement contre les certificats médicaux de complaisance, mais aussi contre les certificats médicaux incorrects, lacunaires ou établis de manière négligente, afin de diminuer les charges injustifiées pour les employeurs et les assurances sociales et de favoriser une réinsertion rapide dans le monde du travail ». Elle prône également un assouplissement du secret médical en le limitant toutefois aux informations nécessaires pour l'adaptation du poste de travail ou la réinsertion professionnelle. Les diagnostics et les antécédents médicaux ne devraient pas être concernés.

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion et renvoie à son rapport sur le postulat 22.3196 « Quelles mesures pour lutter contre les certificats médicaux de complaisance? ». Il ne voit pas la nécessité d'intervenir au niveau de la loi, le droit en vigueur offrant suffisamment de possibilités pour contenir les faux certificats médicaux et sanctionner les certificats de complaisance : « La création de nouvelles dispositions légales ou d'autres réglementations, concernant par exemple des certificats plus détaillés, ne devraient rien changer à la situation actuelle. »

Le Conseil fédéral mentionne également le profil reWork développé par Compasso [3], l'obligation de collaborer de la personne assurée dans le droit des assurances et celle des médecins à fournir les renseignements et les documents nécessaires pour établir le droit aux prestations.

Notion juridique, évaluation médicale

Les certificats médicaux se fondent sur l'évaluation médicale de l'incapacité de travail pour raisons de santé. En droit des assurances sociales, cette notion est définie à l'art. 6 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) : « Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité [4]. »

En droit des assurances privées, la notion d'incapacité de travail découle des conditions générales d'assurance applicables. Il est recommandé de se les procurer auprès du mandant afin de vérifier la définition de l'incapacité de travail et les informations qui y sont prescrites. Avant d'établir un certificat médical, il convient de clarifier le mandat, le domaine juridique et le cadre en matière de protection des données :

- S'agit-il d'un certificat médical, d'un rapport ACT [5] ou d'une expertise médicale et à qui est-il destiné?
- L'évaluation médicale relève-t-elle du droit des assurances sociales ou du droit privé?
- Le secret médical a-t-il été levé? Le diagnostic ne peut être mentionné dans un certificat médical destiné à l'employeur qu'avec l'accord explicite du patient.

Des outils éprouvés

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a été mentionnée en 2015 par le Tribunal fédéral, l'instaurant ainsi comme référence pour évaluer la capacité de travail en cas de troubles somatoformes et psychosomatiques (ATF 141 V 281), avant d'être étendue à l'ensemble des troubles psychiques. Elle distingue entre trois niveaux principaux : l'activité (ressources personnelles en termes de performances et de charge de travail), les facteurs environnementaux (exigences du poste de travail) et la participation (comparaison entre exigences et ressources personnelles). Le diagnostic n'est pas au premier plan, mais il influence le pronostic.

La capacité de travail est souvent présentée comme relevant d'une logique de tout ou rien. Le profil reWork [3] permet une évaluation plus nuancée des ressources des patients présentant une incapacité de travail partielle de longue durée et conservant leur emploi. Sur la base d'un profil d'exigences établi par l'employeur, le médecin évalue quelles activités sont possibles, partiellement possibles et/ou impossibles. Associé au certificat de capacité de travail de la SIM [6, 7], le profil reWork favorise la capacité de travail partielle, la réinsertion progressive et la communication entre employeur, employé et corps médical. Le mandat est donné par les employeurs, qui prennent également en charge les frais.

Certificats de complaisance

« On parle de certificat de complaisance lorsqu'un médecin certifie l'incapacité de travail d'un patient alors qu'il sait que cette incapacité n'est pas avérée ou qu'elle n'est pas de l'ampleur indiquée [8]. » En 2008, le Tribunal fédéral a confirmé la condamnation d'un médecin pour avoir délivré un faux certificat médical et a précisé : « Un certificat est contraire à la vérité lorsqu'il donne une image inexacte de l'état de santé de la personne, ce qui est également le cas lorsque des circonstances essentielles sont passées sous silence [9]. » On parle également de complaisance lorsque le pourcentage de la capacité de travail est ajusté sous la pression de l'employeur, faute de poste de travail adéquat dans l'entreprise.

Sur le plan pénal, délivrer intentionnellement un certificat médical « contraire à la vérité » au sens de l'art. 318 du Code pénal est passible d'une peine

Pas d'assouplissement du secret médical



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

scolaires ont commencé à exiger des certificats même pour de courtes absences, et ce dès l'école enfantine. Du côté des employeurs, les primes d'indemnités journalières en cas de maladie ont augmenté à partir du moment où elles ont été fixées en fonction du risque dans le droit des assurances privées (LCA). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hausse de la morbidité : individualisme croissant, augmentation des troubles psychiatriques ou pression professionnelle accrue. Cette évolution a placé les cabinets médicaux dans une situation délicate, marquée par l'agacement de devoir délivrer des certificats absurdes pour de courtes absences, mais aussi par la pression des employeurs souhaitant en savoir davantage sur les raisons des absences. Celle-ci est remontée jusqu'aux décideurs politiques et n'est pas sans risque pour nous : charge administrative accrue et, surtout, revendications indifférenciées en faveur d'un assouplissement du secret médical. Il est donc temps pour nous de soumettre le certificat d'incapacité de travail à une réflexion approfondie associant l'angle médical au point de vue juridique.

Pendant longtemps, les certificats d'incapacité de travail ont constitué une part à la fois évidente et incontestée de mon activité quotidienne. Or, ces dernières décennies, les attentes du monde du travail et de l'école ont évolué. Les responsables

privative de liberté pouvant aller jusqu'à trois ans ou d'une peine pécuniaire. Si une rémunération spéciale a été sollicitée, reçue ou promise en contrepartie, la peine encourue peut aller jusqu'à cinq ans de prison.

Les membres de la FMH sont aussi tenus de respecter le Code de déontologie, dont l'art. 34 précise que les certificats médicaux, rapports et expertises sont des documents officiels établis par les médecins au plus près de leur conscience professionnelle et avec toute la diligence requise. Les certificats de complaisance peuvent faire l'objet de sanctions en vertu de l'art. 47, telles qu'un blâme, une amende ou l'exclusion de la FMH.

La loi sur les professions médicales (LPMéd) prévoit des mesures disciplinaires. Établir des certificats médicaux avec soin et conscience professionnelle fait partie des devoirs professionnels au sens de l'art. 40, let. a. En cas de violation, l'autorité cantonale de surveillance peut prononcer des mesures disciplinaires (art. 43).

Le droit en vigueur suffit

Le droit en vigueur permet déjà de sanctionner les certificats de complaisance et il

existe des instruments pertinents pour une évaluation nuancée de l'incapacité de travail. Dans ce contexte, l'assouplissement du secret médical tel que le préconise la motion 26.3002 n'a pas lieu d'être : non seulement il impacterait considérablement la relation de confiance thérapeutique, mais il serait également contraire à la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui accorde systématiquement une grande importance au secret médical. ●●●

Correspondance
iris.herzog@fmh.ch

Littérature
La bibliographie est disponible en ligne.



Santé numérique

Au-delà de la numérisation: les défis des migrations entre dossiers électroniques

Dre CORALIE GALLAND-DECKER^a, Dre CHIARA MARINONI^b, Dre PAULINE BRUNNER^a,
ALBERTO GUARDIA^{a,b}, JEREMY JANKOVIC^{a,c} et Dr FRANÇOIS BASTARDOT^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1050-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.965.48603

Alors que la numérisation du dossier patient est largement engagée, les établissements de soins et les cabinets sont confrontés à un nouveau défi: le changement de dossier patient informatisé (DPI). Le passage du papier au numérique et la transition entre systèmes électroniques relèvent de dynamiques distinctes. Le premier constitue une transformation structurante, avec des bénéfices à moyen et long termes malgré une surcharge initiale. Le second correspond à une phase plus vulnérable, exposant à des risques liés à la migration des données, à la continuité des soins et à la sécurité des patients. La réussite repose sur une gouvernance clinique, la standardisation des processus, la formation et une communication adaptée.

From paper records to electronic system change: clinical challenges

The transition from paper records to digital forms is now well established, but changing from one electronic health record system to another is becoming increasingly common. These two stages involve distinct dynamics. The initial shift from paper to electronic records represents a structural transformation, with benefits emerging in the medium to long term, despite an initial increase in documentation burden and organizational adjustments. In contrast, transitions between electronic systems constitute a particularly vulnerable phase, associated with risks related to data migration, continuity of care, and patient safety. Successful transitions rely on robust clinical governance, process standardization, targeted training, and effective communication in both hospital and ambulatory care settings.

INTRODUCTION

La transition du dossier patient vers le numérique est devenue incontournable dans la pratique médicale contemporaine. Si le passage du dossier papier au dossier patient informatisé (DPI) est désormais largement engagé, une seconde transition, plus récente et de plus en plus fréquente, mérite une attention particulière: le changement d'un DPI vers un autre. Ces deux étapes, souvent regroupées sous le terme générique

de «digitalisation», relèvent pourtant de dynamiques distinctes, associées à des risques et à des impacts différents sur la pratique clinique, notamment en matière de sécurité des patients.

La littérature souligne que l'implémentation d'un DPI constitue un changement organisationnel complexe, à la fois technique et socioprofessionnel, dont les effets sur la qualité des soins, la charge de travail et la satisfaction des cliniciens sont variables et fortement dépendants du contexte.¹⁻³ En parallèle, les travaux consacrés aux transitions entre systèmes électroniques se développent rapidement. Ils mettent en évidence des risques spécifiques, notamment en matière de migration des données, de continuité des soins et de sécurité des patients, encore insuffisamment intégrés dans les pratiques et les stratégies de transformation. Cet article propose une synthèse des principaux enseignements de la littérature scientifique concernant ces transitions, en mettant l'accent sur leurs implications concrètes pour les médecins, que ce soit en milieu hospitalier ou ambulatoire.

DÉFINITIONS ET CONTEXTE

Le dossier papier repose sur une documentation essentiellement narrative, peu structurée, mais souvent riche sur les plans longitudinal et contextuel. Le DPI, en revanche, constitue un outil numérique de production clinique, structuré, partagé entre professionnels et étroitement intégré aux processus de soins, de prescription, de facturation et de communication.

La transition d'un DPI vers un autre est généralement motivée par des contraintes organisationnelles, stratégiques, économiques ou réglementaires, telles que des fusions institutionnelles, des exigences d'interopérabilité ou l'obsolescence du système existant.

Dans le contexte suisse, il est essentiel de distinguer le DPI (utilisé à l'hôpital ou au cabinet médical) du dossier électronique du patient (DEP). Ce dernier permet le partage d'informations sélectionnées entre les acteurs du système de santé, y compris le patient lui-même, sans se substituer au système clinique principal. Par ailleurs, lorsque le DEP est interfacé avec le DPI, un changement de système nécessite d'assurer la continuité et la qualité de cet interfaçage, ce qui constitue un enjeu supplémentaire lors d'une transition entre DPI.

^aSystème d'information clinique, Direction générale, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bDirection médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cService d'oncologie médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
coralie.decker@chuv.ch | pauline.brunner@chuv.ch | chiara.marinoni@chuv.ch
jeremy.jankovic@chuv.ch | alberto.guardia@chuv.ch | francois.bastardot@chuv.ch



REVUE MÉDICALE SUISSE

CORTEX

Le paradoxe de la qualité dans un système à hauts coûts

Le rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse¹ souligne que le système de santé délivre un niveau de soins globalement élevé, comparable à celui d'autres systèmes performants. La Suisse se distingue pourtant par des dépenses de santé parmi les plus élevées au monde, proches de 12% du produit intérieur brut. Le système garantit une couverture universelle, un accès rapide aux prestations et des résultats globalement favorables, notamment en termes de satisfaction des patients.

Cependant, ces performances ne sont pas systématiquement supérieures à celles de pays aux dépenses plus modérées. Dès lors, un décalage apparaît entre le niveau de qualité observé et celui que l'on pourrait attendre au regard des ressources engagées. Ce paradoxe, peu exploré dans le rapport national, invite à interroger les déterminants structurels de la performance du système suisse.²

Une gouvernance fragmentée

La gouvernance du système de santé suisse repose sur une architecture complexe, caractérisée par une répartition des compétences entre la Confédération, les cantons, les assureurs et les prestataires. Si cette organisation permet une adaptation aux contextes locaux, elle s'accompagne d'une hétérogénéité des pratiques, d'une intégration limitée des soins et d'une charge administrative élevée.

Cette fragmentation complique le pilotage global du système, limite la comparabilité des performances et freine l'harmonisation des pratiques.

Des incitations économiques peu orientées vers la valeur

Le financement des soins repose encore largement sur la rémunération à l'acte, qui favorise le volume d'activité plutôt que la valeur des soins délivrés. Dans un contexte de forte densité d'infrastructures et d'accès étendu aux technologies, ce modèle peut encourager la surutilisation de prestations à bénéfice clinique limité.

Par ailleurs, la structuration du système autour de l'assurance-maladie privilégie les soins curatifs au détriment de la prévention et de la promotion de la santé, dont la part des dépenses reste inférieure à celle observée dans des pays comparables. Les soins primaires présentent, quant à eux, des limites en matière de formation, de répartition des professionnels et de coordination avec les spécialistes. Enfin, la place importante des soins hospitaliers, soutenue par des incitatifs financiers, contribue à une allocation sous-optimale des ressources.

Des dispositifs de mesure encore lacunaires

L'amélioration de la qualité suppose des indicateurs fiables, comparables et pertinents. En Suisse, le suivi est relativement développé dans le secteur hospitalier, mais la qualité globale des soins reste insuffisamment documentée, en particulier dans le domaine de la santé primaire, des soins à domicile et de l'hébergement médico-social.

Le manque d'indicateurs standardisés et systématiques limite la production de données homogènes sur les résultats cliniques, la sécurité et l'expérience des patients. Cette faiblesse entrave le pilotage du système.

Une culture de la qualité confrontée au paradoxe de la confiance

Malgré un niveau élevé de confiance de la population et des acteurs dans le système de santé, la culture de la qualité apparaît moins structurée que dans d'autres contextes comparables. Les bons indicateurs de santé sont souvent interprétés comme le reflet direct de la performance des soins, sans prise en compte suffisante du rôle des déterminants sociaux.

Paradoxalement, la confiance élevée dans le système tend à atténuer le sentiment d'urgence: l'absence de perception d'un risque systémique freine l'engagement de réformes structurelles ambitieuses.

Vers une approche systémique de la qualité

L'amélioration de l'efficacité du système suisse repose sur un meilleur alignement entre gouvernance, incitations et dispositifs de mesure. Le développement d'indicateurs nationaux harmonisés, exploitables et accessibles – incluant notamment les résultats rapportés par les patients (PROM) – constitue un levier central pour renforcer le pilotage de la qualité.

La réorientation des mécanismes de financement vers la pertinence des soins, la prévention et la promotion de la santé, ainsi que le développement de modèles intégrés, apparaissent également essentiels. En parallèle, le renforcement d'une culture de la qualité et la consolidation d'un pilotage stratégique cohérent sont indispensables pour optimiser les prises en charge.

Dans cette perspective, la convention qualité nationale peut constituer un instrument structurant pour harmoniser les exigences et renforcer la responsabilité partagée, tout en respectant l'autonomie cantonale. L'enjeu, pour la Suisse, n'est pas tant d'augmenter les ressources que de mieux les orienter, en s'appuyant sur une approche véritablement systémique de la qualité des soins.

1 Vincent C, Staines A. Enhancing the quality and safety of Swiss healthcare. Bern : Federal Office of Public Health; 2019.

2 Monod S, Grandchamp C. Notre système de santé : une machine de Tinguely ? Rev Med Suisse. 31 août 2022;793:1616.

CINDY CASTRO

DR ANTHONY STAINES

Fédération des hôpitaux vaudois
Route de Cery 4 – 1008 Prilly
cindy.castro@fhv.ch
<https://orcid.org/0009-0009-8689-9988>
anthony.staines@bluewin.ch
<https://orcid.org/0000-0003-0569-3371>

DR CHRISTIAN VON PLESEN

Département des policliniques
Unisanté – 1011 Lausanne
christian.von-plessen@unisante.ch
<https://orcid.org/0000-0002-6134-6780>

Santé globale

Santé mentale et numérique en Suisse: vers un modèle intégré et contextualisé

SOPHIA ACHAB

Rev Med Suisse 2026; 22: 1055-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.965.48252

INTRODUCTION

L'utilisation d'internet et des technologies numériques est devenue omniprésente, transformant les interactions sociales, l'éducation, le travail et les loisirs. Cependant, cette digitalisation croissante, accélérée par la pandémie de Covid-19 a également engendré une augmentation de l'utilisation problématique d'internet (UPI), en particulier chez les adolescents et les populations vulnérables.¹ L'UPI, qui inclut l'usage compulsif des réseaux sociaux, les jeux en ligne excessifs et les addictions numériques, est associée à des défis majeurs pour la santé mentale, notamment l'anxiété, la dépression et l'isolement social.² Selon un récent rapport de l'OMS, 11% des adolescents présentent une UPI, avec des comorbidités fréquentes comme la dépression (30%), l'anxiété (25%) et le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) (20%).³ Malgré cette prévalence, les politiques de santé publique et les cadres réglementaires restent fragmentés et incohérents à l'échelle internationale; et la question des designs de certaines offres en ligne pointée du doigt.⁴ Cette lacune limite l'efficacité des interventions et des stratégies de prévention.

«La santé numérique devrait réaliser une adéquation entre les préférences et les intentions du prestataire de soins et les préférences et les besoins du patient. Elle doit être cliniquement adaptée à son objectif.»⁵

Par ailleurs, les avancées technologiques en santé mentale numérique, notamment les applications mobiles, la réalité virtuelle et les outils d'intelligence artificielle générative, transforment profondément le paysage des soins psychiques. Une revue récente⁶ souligne que

ces interventions, lorsqu'elles sont rigoureusement évaluées et personnalisées, peuvent réduire significativement les symptômes de dépression, d'anxiété et d'autres troubles mentaux. Par exemple, les applications mobiles et les chatbots thérapeutiques, lorsqu'ils sont intégrés à des modèles de soins adaptés, montrent un potentiel d'amélioration clinique notable, en particulier lorsqu'ils sont combinés à un soutien humain et à des approches modulaires.⁶ Il est toutefois nécessaire de dépasser les essais cliniques traditionnels pour privilégier des études en conditions réelles, afin d'assurer une applicabilité et une efficacité optimales dans des contextes variés.⁶

Un panel de discussion sur la santé mentale des jeunes et le digital a été organisé par le Geneva Digital Health Hub avec la participation du Geneva Health Forum en marge de l'Assemblée mondiale de la santé 2025. Lors de ce panel a été discutée la complexité de l'implémentation de la santé mentale digitale, notamment chez les jeunes, et en contexte réel des structures de santé. Cet article propose des stratégies pour une intégration réussie du numérique et de la santé mentale.

VERS UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISÉE ET BASÉE SUR LES PREUVES RÉCENTES

Évaluation et diagnostic

Les données récentes montrent que l'évaluation standardisée améliore les résultats.⁷ Cela inclut l'utilisation de questionnaires standardisés pour une évaluation objective de l'UPI; qui doivent être spécifiques à l'activité en ligne faisant l'objet de l'usage problématique (par exemple, Gaming Disorder Scale).³ Ces outils augmentent la précision diagnostique⁸ et les évaluations multidimensionnelles permettent d'explorer les comorbidités (dépression, anxiété, TDAH) et les facteurs

contextuels (par exemple, environnement familial, scolaire), en alignement avec une approche holistique.⁷ L'intégration des technologies via l'utilisation d'applications de suivi (par exemple, monitoring de l'humeur ou du temps d'écran) permet d'objectiver les comportements, et d'améliorer la précision du suivi psychothérapeutique.⁵ Torous et coll. mettent en avant que ces technologies, lorsqu'elles sont combinées à des interventions personnalisées et à un accompagnement clinique, peuvent renforcer l'efficacité des soins en santé mentale. Cependant, leur déploiement doit être encadré par des études rigoureuses en conditions réelles pour garantir leur pertinence et leur sécurité.⁸

INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES PERSONNALISÉES

Les interventions numériques, notamment les applications mobiles et les outils basés sur l'intelligence artificielle, ont démontré une efficacité clinique prometteuse, dans la réduction des symptômes de dépression, d'anxiété et de troubles apparentés.⁹

Combiner des approches numériques avec les approches humaines et personnaliser les interventions sont deux options intéressantes en psychothérapie avec des finalités complémentaires. L'augmentation de l'adhésion des patient-es⁵ peut se faire par le recours à des self-help guides (par exemple, Doing What Matters, Step-by-Step) combinés à un soutien téléphonique ou en ligne par des non-spécialistes formés, pour une accessibilité élargie.⁸ Par ailleurs, des thérapies hybrides, alternant des séances en présentiel et des modules numériques (par exemple, TCC + chatbot), permettent une plus grande flexibilité thérapeutique.⁵

• Les outils numériques aux besoins individuels (par exemple, jeunes vs adultes, troubles comorbides),

REVUE MÉDICALE SUISSE

permettent une psychothérapie de précision⁸ avec des interventions personnalisées qui améliorent les résultats.⁵

- Finalement, impliquer la famille dans les plans de traitement (par exemple, psychoéducation, fixation de limites), participe à une réelle approche centrée sur le patient.⁹

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES MÉFAITS DU NUMÉRIQUE

Les interventions préventives réduisent les comportements à risque.³ Il s'agit de:

- L'éducation aux usages sains tels que l'apprentissage de la gestion du temps d'écran et les signes d'alerte d'usage problématique³; et la promotion des activités alternatives (par exemple, activités physiques, sociales), pour un équilibre de vie.⁹
- Des stratégies de réduction des méfaits sont également souhaitables, comme le fait de fixer des limites négociées (par exemple, pas d'écrans pendant les repas, extinction à 22 heures) pour une utilisation responsable⁸; et d'utiliser des outils de contrôle parental et des filtres de contenu pour les mineurs pour une meilleure protection des jeunes.³

UTILISATION DES TECHNOLOGIES NUMÉRIQUES DE MANIÈRE ÉTHIQUE

Les interventions numériques en santé mentale soulèvent des enjeux éthiques majeurs, notamment en matière de confidentialité et de protection des données.⁶ Torous et coll. alertent sur le fait que de nombreuses applications ne respectent pas pleinement les normes de sécurité, ce qui peut compromettre la confiance des utilisateurs et l'efficacité des soins.⁶ Ils recommandent d'adopter des plateformes conformes aux réglementations en vigueur (comme le Règlement général sur la protection des données) et de privilégier des approches transparentes et centrées sur le patient pour garantir une utilisation éthique et sécurisée des technologies numériques.⁶

Par ailleurs, il est important de ne pas pathologiser les usages numériques normaux (par exemple, différencier passion et addiction)³; comme il est important d'évaluer l'impact fonctionnel avant de poser un diagnostic, pour une évaluation rigoureuse de l'UPI.⁸

FORMER ET SUPERVISER LES PRATICIENS

La formation continue améliore les compétences des cliniciens⁵ avec deux volets qui seraient importants à investir. D'une part, intégrer la santé mentale numérique dans les curricula; en offrant des formations continues pour les cliniciens sur les outils numériques (par exemple, certification en télémédecine), pour l'acquisition d'une compétence numérique¹⁰; et en assurant une supervision régulière pour les non-spécialistes délivrant des interventions guidées, pour une qualité des soins mentaux délivrés.¹⁰

Collaborer avec les pairs en créant des réseaux de pratique pour partager les bonnes pratiques (par exemple, communautés de pratique en addiction comportementale), permet une collaboration professionnelle sur l'intégration optimale du numérique dans la clinique de santé mentale.¹⁰

ÉVALUER ET AMÉLIORER EN CONTINU

L'évaluation continue améliore les résultats⁶ en testant les nouveaux outils (par exemple, chatbots IA) dans des études pilotes avant un déploiement à grande échelle en santé mentale, participe à une innovation responsable.⁶ Éviter les solutions «one-size-fits-all» permet de privilégier les approches modulaires et adaptatives, pour une réelle personnalisation des soins mentaux.¹⁰

CONCLUSION

Les contributions du GHF au Digital Health Day 2025, au panel de discussion sur l'implémentation de la santé mentale digitale dans le monde réel, soulignent le potentiel transformateur de la santé numérique, à condition que les solutions soient personnalisées, cliniquement adaptées et centrées sur le patient.⁵

Conflit d'intérêts: l'auteure a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article. Elle n'a reçu aucun financement, subvention ou rémunération de la part d'entreprises privées, d'organisations ou d'individus qui pourraient influencer les résultats ou les interprétations présentés dans ce travail. L'auteure déclare être responsable médicale du Programme de soins ReConnecte aux HUG spécialisé dans les addictions au digital. Elle déclare être experte en

cyberaddiction pour l'Office fédéral de la santé publique suisse, pour l'Organisation mondiale de la santé, et pour le Groupe Pompidou du conseil de l'Europe. Elle déclare faire partie de la Lancet Commission Global action on problematic usage of the internet en tant que colead du travail sur les interventions thérapeutiques.

Utilisation de l'IA: l'auteure a déclaré avoir utilisé l'IA pour la synthèse de publications et pour l'amélioration de certains paragraphes. Elle a ensuite validé la version finale de l'article.

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

POINTS CLÉS POUR LE FUTUR

- Renforcer la collaboration entre cliniciens, chercheurs, familles et industries technologiques.
- Développer des politiques de santé publique fondées sur des preuves pour réguler l'UPI.
- Promouvoir la littératie numérique chez les jeunes pour une utilisation consciente et sécurisée des technologies.
- Créer un écosystème de santé mentale numérique en Suisse qui soit:
 - Accessible pour tous, y compris les populations marginalisées.
 - Éthique, en respectant la vie privée et les droits humains.
 - Efficace, en s'appuyant sur des preuves scientifiques et des interventions personnalisées.
 - Innovant, en intégrant les nouvelles technologies de manière responsable.

SOPHIA ACHAB

Présidente du Geneva Health Forum et Directrice du Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale Université de Genève, 1211 Genève 4 sophia.achab@hug.ch

1 King DL, et al. Gaming disorder and the COVID-19 pandemic: Treatment demand and service delivery challenges. *J Behav Addict.* 2022 Apr 12;11(2):243-8.
 2 Fineberg NA, et al. Global action on problematic usage of the internet: announcing a Lancet Psychiatry Commission. *Lancet Psychiatry.* 2025 Jan;12(1):11-3.
 3 Boniel-Nissim M, Marino C, Galeotti T, et al. A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey [En ligne]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2024. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/378982>.
 4 Achab S. Écrans et production stratégique d'addiction. *Rev Med Suisse.* 2024 Jul 17;20(882):1384.
 5 Achab S. Panel discussion on Digital Health for Youth

Extrait de la Revue médicale suisse 3/3

GENEVA
HEALTH FORUM

Mental Health, Implementation Science and Policy. Gdhub avec la participation du GHF, en marge de l'Assemblée mondiale de la santé. Genève: Campus Biotech, 22 mai 2025.

6 Torous J, Linardon J, Goldberg SB, et al. The evolving field of digital mental health: current evidence and implementation issues for smartphone apps, generative artificial intelligence, and virtual reality. *World Psychiatry*. 2025 Jun;24(2):156-74.

7 Barrangou-Pouyes-Darlas M, Grall-Bronnec M,

Achab S. Investiguer la conduite de jeu vidéo dans le contexte personnel et social de la personne. In: Khazzaal Y, Billieux J, Achab S, et al., editors. *Trouble du jeu vidéo*. Chêne-Bourg: RMS Éditions, 2024.

8 Achab S. Réinventer le soin des addictions comportementales: la médecine centrée sur la personne. *Rev Med Suisse*. 2025 May 7;21(917):996.

9 Achab S, Castro C. 10 conseils aux parents pour promouvoir une utilisation consciente des écrans, tout en favorisant des relations familiales saines et des

activités variées [En ligne]. 2025. Disponible sur: www.unige.ch/medecine/psyat/application/files/9217/5075/0073/10_Conseils_aux_parents_Version_Francaise.pdf.

10 Fiorillo A. A roadmap for better and personalized mental health care in Europe – the action plan of the European Psychiatric Association. *Eur Psychiatry*. 2025 May 23;68(1):1-7.

 **GE-MED**
GENÈVE-MÉDECINS

022 754 54 54

Visites à domicile 24/7

Urgences palliatives

Centre de formation ISFM/FMH



Quand j'essaye d'expliquer mon métier à mes enfants... et la prévention quinaire

Quand j'essaye d'expliquer à mes enfants en quoi consiste mon métier de gériatre, ils imaginent un médecin qui diagnostique, soigne et guérit. La réalité est assez différente.

Je pense à Monsieur R., 81 ans, vivant à domicile avec une insuffisance cardiaque avancée. Sa prévention primaire aurait consisté à réduire ses facteurs de risque cardiovasculaire il y a trente ans. La secondaire aurait été de dépister précocement son insuffisance cardiaque, avant les premiers symptômes. La tertiaire, que nous pratiquons depuis des années avec lui, vise à limiter les complications et les hospitalisations répétées par un ajustement régulier de ses traitements. La quaternaire cherche à protéger le patient d'actes médicaux inappropriés ou démesurés à ce stade: éviter des examens invasifs sans bénéfice ou des traitements lourds et inutiles.

Tout cela a du sens, mais ce jour-là, aucune de ces approches ne répondait au vrai problème. Son fils réclamait une saturation toutes les heures, tandis que sa fille, inquiète du risque d'acharnement thérapeutique, souhaitait éviter toute escalade. L'infirmière tentait de calmer le jeu, le pharmacien s'interrogeait sur les interactions liées aux dernières prescriptions. Le médecin d'astreinte, intervenu ce week-end en mon absence, avait suggéré une hospitalisation «pour sécurité». Chacun agissait avec de bonnes intentions, mais selon une logique différente, et sans projet commun. Lorsque j'arrivai, je trouvai une famille à bout, une équipe découragée, et un patient silencieux, effacé. La question n'était pas seulement d'adapter les traitements ou de décider entre domicile et hôpital. Elle était plus fondamentale: comment éviter de se perdre dans une addition de gestes isolés?

Ce jour-là, mon rôle n'a pas été d'ajouter une prescription. Il a été de contacter l'ensemble des acteurs, de réexpliquer les complications attendues, d'ajuster les traitements, d'éviter des explorations inutiles, et de convenir d'un objectif commun: préserver un confort ac-

ceptable, alléger la surveillance, réévaluer régulièrement. Alors rien d'exceptionnel en apparence, mais l'atmosphère est redevenue vivable pour lui, pour sa famille et pour l'équipe.

Ce travail de mise en cohérence fait partie de notre métier, mais il reste largement invisible et trop peu valorisé. Et cette situation finalement assez quotidienne dans nos pratiques illustre une limite importante: les outils classiques de la prévention médicale ne suffisent pas à rendre compte de ce travail. Les quatre niveaux décrivent la relation du médecin avec la maladie, mais ils ne disent rien de ce qui se joue lorsque le soin lui-même se fragmente, que les décisions se dispersent entre familles inquiètes, équipes multiples et institutions aux logiques parfois contradictoires.

C'est ce travail invisible que j'appelle prévention quinaire (la cinquième). Elle ne se substitue pas aux autres niveaux, elle les prolonge. Elle ne vise pas à réduire un excès médical, cela relève déjà de la quaternaire et de la logique du *less is more*, mais à préserver la cohérence d'ensemble. Elle consiste à

éviter que le soin ne perde son fil et son sens, happé par la multiplication des acteurs et des contraintes organisationnelles. C'est une vigilance d'un autre ordre: non pas «moins de médecine», mais «mieux de trajectoire». Nommer cette prévention permet de rendre visible une part du travail médical et soignant qui reste souvent dans l'ombre: faire tenir ensemble le soin quand il est à risque de se fragmenter.

La situation de Monsieur R. n'est pas rare. Elle se décline dans la plupart des trajectoires complexes de la personne âgée dépendante: en EMS, à domicile, à l'hôpital lors des transitions de soins. Partout où plusieurs acteurs interviennent, le risque est le même: que chacun agisse de son côté et que le fil du soin se perde. La prévention quinaire repose sur une interprofessionnalité intentionnelle: ne pas juxtaposer des prescriptions ou accumuler des signatures, mais rechercher activement un fil commun, capable d'aligner les attentes

de la personne, de ses proches, de l'équipe et de l'institution. Elle s'incarne dans des choix simples, mais structurants: alléger plutôt qu'accumuler, accepter l'incertitude, maintenir la voix du patient, soutenir soignants et familles pour qu'ils puissent rester présents malgré les contraintes du système.

Dans ce cadre, le rôle du médecin dépasse largement la prescription. Il consiste à maintenir une trajectoire de soins compréhensible pour tous, à donner de la lisibilité malgré la complexité. Ce travail est indispensable. Il est aussi une source d'efficience: sans cette attention, chacun agit en parallèle, avec des redondances coûteuses et parfois contradictoires. La prévention quinaire n'est donc pas seulement une question de qualité clinique ou de sens du soin, elle contribue aussi à un usage plus rationnel et durable des ressources.

Les préventions primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire répondent chacune à une question médicale fondamentale. Mais dans les situations de grand âge et de dépendance, une autre s'impose: comment tenir ensemble la trajectoire du soin, malgré la dispersion et les pressions organisationnelles? C'est cette vigilance que l'on pourrait appeler prévention quinaire: une cinquième dimension, centrée sur la cohérence et le sens du soin.

Note: le terme «prévention quinaire» a été utilisé sporadiquement dans la littérature, notamment pour désigner des stratégies de lutte contre la désinformation médicale. Dans le contexte gériatrique, il prend ici un sens différent, centré sur la cohérence interprofessionnelle et la préservation du soin.

DR RAPHAËL MASSON

Rue du Vieux Collège 12
1204 Genève
raphael.masson@amge.ch

COMMENT
ÉVITER DE SE
PERDRE DANS
UNE ADDITION
DE GESTES
ISOLÉS ?

COLLOQUE DES AMIS DE LA RMS

27 AOÛT 2026 14H-17H30

Auditoire Unisanté, Lausanne



CETTE INTELLIGENCE QUI NOUS VEUT DU BIEN : L'IA, ENTRE ESPOIR ET DÉSESPOIR !

PROGRAMME PROVISOIRE

- 13h30 Accueil
- 14h - 14h30 **IA, enseignement et formation: quels enjeux ?**
Pr Idris Guessous
Vice-doyen enseignement, UNIGE et Directeur médecine 1^{er} recours, HUG
- 14h30 - 15h **Innovier pour mieux prévenir les cancers : développement d'un outil d'aide à la décision alimenté par l'IA**
Emmanuelle Luthi
Département des Polycliniques d'Unisanté et Dartmouth University
- 15h - 15h30 **IA et recherche en santé populationnelle : quels apports potentiels ?**
Pr^{re} Murielle Bochud
Co-directrice académique SSPH+ et médecin-chef^{fe} DESS, Unisanté
- 15h30 - 15h45 Pause café
- 15h45 - 16h15 **IA et la médecine générale : quels enjeux ?**
Pr et D^r Xavier Gocko
Uni St Etienne et Directeur de la rédaction de la Revue Exercer
- 16h15 - 16h45 **IA en pratique clinique: promesses, limites et réalités**
D^r Jean-Gabriel Jeannot
Médecin interniste, Neuchâtel
- 16h45 - 17h15 **IA en formation postgraduée : quels enjeux, quelles opportunités ?**
D^r Alex Gouveia
MER, médecin responsable Polyclinique de médecine, Unisanté
D^{re} Vanessa Kraege
MER, directrice de l'Ecole de formation postgrade FBM-UNIL
- 17h15 - 17h30 Conclusion par le Pr Cassian Minguet
Médecine générale, UCL, Bruxelles
- 17h30 Verrée



INSCRIPTIONS SUR :
formations.revmed.ch

Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

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

Dr Benoît BEDAT

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

Né en 1984, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2009 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie en 2017 et en
Chirurgie thoracique en 2022 en Suisse

Après l'obtention de son diplôme de médecine à l'Université de Genève, il débute sa formation en chirurgie à Genève, où il acquiert le titre de spécialiste en chirurgie. En 2015, il débute sa formation en chirurgie thoracique aux HUG, puis complète sa formation à l'Hôpital Nord de Marseille auprès du Pr Thomas ainsi qu'au CHUV. Il est nommé Privat-Docent à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, et travaille actuellement comme médecin adjoint agrégé aux HUG.

Dr Benoît BORNER

Centre EpauLe Coude CEPCO,
Chemin Thury 7b, 1206 Genève

Né en 1989, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie orthopédique
et traumatologie de l'appareil locomoteur
en 2023 en Suisse

Après avoir effectué ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2015, il a poursuivi sa formation en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG pour obtenir son titre FMH en 2023 ainsi que son diplôme en traumatologie spécialisée en 2025. Soutenu par le fond de perfectionnement HUG, il a complété sa formation en chirurgie de l'épaule et du coude durant 12 mois au «Sydney Shoulder Research Institute». De retour à Genève en 2026, il poursuit son activité ciblée sur les pathologies de l'épaule et du coude au CEPCO à la Clinique la Colline.

Dre Marianna BROCCOLO

Maison médicale Servette,
89B rue de la Servette, 1202 Genève

Née en 1990, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne
générale en 2025 en Suisse

Après avoir suivie ses études à Genève et obtenue son diplôme fédéral de médecine humaine en 2018, elle a poursuivi sa formation aux HUG dans divers services. Actuellement spécialisée en médecine interne générale, elle sera installée en ville de Genève dès mai 2026.

Dre Amandine BRUMENT (GUÉGUEN)

Groupe médical d'Onex, Route de Loëx 3,
1213 Onex

Née en 1984, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2018 en France
Reconnaissance en 2021

Titre postgrade de Médecin praticien
en 2018 en France
Reconnaissance en 2021

Médecin généraliste diplômée d'un doctorat à la Faculté de médecine de Paris en 2017, elle exerce depuis 2022 comme cheffe de clinique adjointe à l'Ensemble Hospitalier de la Côte, en médecine de premier recours au cabinet médical d'Aubonne. Elle a auparavant exercé en cabinet de groupe à Annecy ainsi qu'en tant que remplaçante et en structures hospitalières, développant

une solide expérience en soins ambulatoires. Titulaire de diplômes complémentaires en médecine du sommeil et en mésothérapie, elle dispose de compétences spécifiques en troubles du sommeil et en antalgie. Elle reprendra une patientèle au sein du groupe médical d'Onex dès le 1^{er} juillet 2026.

Dre Manon CADOUX

Clinique et Permanence d'Onex,
Route de Chancy 98, 1213 Onex

Née en 1994, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2019 en Suisse
Titre postgrade en Pédiatrie en 2025
en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2019, elle a poursuivi sa formation au sein des HUG, puis en ambulatoire dans un cabinet. Actuellement spécialiste en pédiatrie, elle travaille comme médecin indépendante sur le canton de Genève depuis mai 2026.

Dre Hiba EL MASRI

Maison médicale Servette,
89B rue de la Servette, 1202 Genève

Née en 1994, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2019 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne
générale en 2026 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2019, elle a débuté sa formation à la Clinique de Carouge, avant de la poursuivre et la finir aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Son parcours comprend de la médecine interne hospitalière et ambulatoire en tant qu'interne puis cheffe de clinique, ainsi qu'une expérience en médecine d'urgence intrahospitalière. En 2026, elle a obtenu son titre de spécialiste en médecine interne générale et s'installera comme médecin indépendante à Genève dès le 1^{er} juillet 2026.

Dre Héléne GAITZSCH

Centre médical Qorpus, Avenue de la Gare des Eaux-vives 28, 1208 Genève

Née en 1987, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2012 en Suisse

Titre postgrade en Gynécologie et

obstétrique en 2022 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2012, elle a effectué une spécialisation en Gynécologie et Obstétrique principalement aux HUG où elle exerce comme cheffe de clinique depuis 2022. Elle s'installera en ville de Genève à partir de juin 2026.

Dr Pouya HASHEMI

Genève-Médecins, Chemin du Pavillon 2, 1218 Grand-Saconnex

Né en 1987, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2017 en France

Reconnaissance en 2019

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse

Issu d'un double cursus, initialement en informatique puis dans le domaine médical, il a réalisé son parcours pré-grade à Strasbourg avant de poursuivre sa formation post-grade en Suisse, principalement aux HUG. Spécialiste en médecine interne générale et particulièrement investi dans les enjeux de la numérisation de la santé, il est cofondateur et CEO de Doxomed SA, startup genevoise développant une plateforme tout-en-un destinée à unifier les outils numériques de la pratique ambulatoire.

Dr Wolfram KARENOVICS

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

Né en 1974, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2002 en Suisse

Titre postgrade en Chirurgie en 2009 et en

Chirurgie thoracique en 2014 en Suisse

Wolfram Karenovics est chirurgien thoracique cadre au sein de l'Unité de chirurgie thoracique et endocrinienne des Hôpitaux universitaires de Genève, en Suisse. Il a étudié la médecine aux universités de Genève et de Zurich, en Suisse, où il a obtenu son diplôme en 2002. Il s'est ensuite spécialisé en chirurgie générale et a obtenu le titre de spécialiste en 2009. Après une formation complémentaire

en chirurgie thoracique à Genève et à Londres (Royaume-Uni), il est devenu chef de l'unité de chirurgie thoracique des Hôpitaux universitaires de Genève en 2013. Ses domaines d'intérêt particuliers sont la chirurgie mini-invasive, le traitement du cancer du poumon à un stade précoce et les résections pulmonaires sublobaires anatomiques. Afin d'améliorer et d'affiner la technique chirurgicale ainsi que les résultats, il utilise systématiquement depuis 2013 l'angiographie en proche infrarouge avec le vert d'indocyanine. Il a contribué à plus de cinquante publications scientifiques. Il est membre de la Société européenne de chirurgie thoracique depuis 2012 ainsi que de la Société suisse de chirurgie thoracique.

Dr Alex Augustin KODIYAN

Avenue de Luserna 17, 1203 Genève

Né en 1992, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2016 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2026 en Suisse

Après avoir étudié à l'Université de Lausanne et obtenu son diplôme fédéral en 2016, il a effectué sa formation formation postgraduée en médecine interne générale à l'HN, puis au CHUV. Il a ensuite poursuivi son parcours à la consultation des maladies infectieuses aux HUG, puis comme médecin conseiller en santé publique – secteur des maladies transmissibles – à l'OCS. Il a finalement travaillé comme médecin généraliste au Centre médical des Acacias avant de s'installer comme médecin généraliste en juin 2026 au centre médical de la Servette.

Dr Aurélien LATHUILIERE

Centre de la mémoire, HUG,

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 6, 1205 Genève

Né en 1983, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2009 en Suisse

Titre postgrade en Neurologie en 2019

en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme de médecin à l'Université de Genève en 2009, il a poursuivi des études doctorales à l'EPFL et obtenu son MD-PhD en neurosciences en 2013. Il s'est ensuite spécialisé en neurologie aux HUG. Entre 2019 et 2021, il est parti à Boston

aux USA où il a effectué un fellowship en démence au Massachusetts General Hospital. De retour aux HUG depuis 2021, il occupe actuellement un poste de médecin adjoint agrégé au Centre de la Mémoire. Privat Docent à la Faculté de Médecine, il dirige également un groupe de recherche dans le domaine des maladies neurodégénératives.

Dre Virginie MORITZ

1bis Ave JD Maillard, 1217 Meyrin

Née en 1993, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2019 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse

Après avoir effectué ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2019, elle a effectué ses premières années en Médecine Interne à l'Hôpital de La Tour où elle est retournée en 2024 pour une année en tant que cheffe de clinique. Entre temps, elle a suivi une formation de 3 ans en médecine ambulatoire au SMPR aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle est installée depuis novembre 2025 en tant que Médecin Généraliste au Centre de Médecine Générale de l'Hôpital de La Tour.

Dr Quang Duy TRAN

Rue Jacques-Dalphin 15, 1227 Carouge

Né en 1992, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne

générale en 2026 en Suisse

Diplômé de l'Université de Genève en 2018, j'ai débuté ma formation post-graduée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), d'abord en milieu hospitalier puis en ambulatoire.

À travers mes différentes rotations, j'ai notamment exercé une année à la Clinique et Permanence d'Onex (CPO), ainsi qu'à Genève-Médecins, avec une activité d'urgences palliatives à domicile. Ayant obtenu mon titre de spécialiste début 2026, j'ai repris une activité indépendante à Genève-Médecins, avec également une installation en cabinet prévue dès mai 2026. Je poursuis en parallèle une formation en médecine manuelle.

Dr Djelloul ZAIR

Centre médical de Montbrillant,
Rue des Gares 12, 1201 Genève
Né en 1958, nationalité Française
Diplôme de médecin en 1996 en Algérie
Reconnaissance en 2014
Titre postgrade en Médecine
interne générale en 2002 en France
Reconnaissance en 2014

Le Dr Djelloul ZAIR, médecin de formation française, a exercé dans des contextes variés en France et en Suisse, mêlant soins hospitaliers, médecine de proximité et accompagnement à domicile. Son expérience en gériatrie aiguë au sein de l'HFR Riaz, sa contribution à la création de services novateurs à Vénissieux, ainsi que son engagement au Centre Médical de Montbrillant, témoignent de sa polyvalence et de son dévouement au service du patient. Doté d'une solide expertise médicale et organisationnelle, il accorde une grande importance au travail en équipe et à la continuité des soins, avec une attention constante portée à l'autonomie des patients et à la qualité des prises en charge.

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans :

Dr Yasha ARAEIPOUR-TEHRANI

Dr Natacha BARROS-MAGNIN

Dr Antonin BOUROUMEAU

Dr Claire BRIDEL

Dr Aurélie HSIEH

Dr Thanh Nam LÊ

Dr Sean O'CONNOR

Dr Louise PENZENSTADLER

Dr Belén PONTE

Dr Giacomo PUPPA

Dr Lucie SCIOTTO

Dr Caroline STEPHAN

Dr Katarzyna TARASIUK-STANISLAWEK

Dr Antonio TUMMINELLO

Dr Duolun Philippe ZHANG

depuis le 10 mai 2026

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Aurélie CHUZEVILLE

Dr Riccardo FAVALE

Dr Pierre-David KAMOUN

Dr Joris PACCAUD

Dr Iris PELIEU

Dr Konstantinos-Cédric PERDIKIS

depuis le 13 mai 2026

Membres actifs à titre honoraire

(membres actifs âgés de plus de 65 ans qui totalisent plus de trente ans d'affiliation à l'AMGe; mêmes droits que les membres actifs; le Conseil peut décider de les mettre au bénéfice d'une cotisation réduite à partir du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet qui suit la demande, art. 6) :

Dr Céline GÜR GRESSOT

au 1^{er} janvier 2027

Membres passifs

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

Dr Gladys Eugénia BORELLA

au 1^{er} janvier 2026

Dr Dominique PETERSCHMITT

au 1^{er} juillet 2026

Membres seniors

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

Dr Nadia BRUSCHWEILER-STERN

Dr Georges FILLIEZ

Dr Jacques STEINER

au 1^{er} janvier 2026

Dr Olivier FILLIETTAZ

Dr Nathalie JEANNET PETER

Dr Ferah USTUN-YENICE

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 Christophe BONNET

Dr Pauline BRINDEL

Dr Aurelio HEREDIA

Dr Isabelle RAPPARD

Dr Bénédicte RILLIET

au 31 décembre 2025

Contrats de médecin-conseil et de médecin du travail

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

Dr Bertrand BUCHS

Médecine interne générale & Rhumatologie, médecin-conseil pour Enzler Hôtel Services SA

Dr Cristian DAMSA

Psychiatre et psychothérapeute, médecin-conseil pour le GIAP

Dr Michael FEUSIER

Médecin praticien, médecin-conseil pour la Fondation Mimosas

Dr Oscar MONTORO

Médecin praticien, médecin du travail pour Arrow Switzerland SàRL, Dupont de Nemours International SA et EKC Advanced Electronic Solutions SàRL

Dr Esmail SHEYBANI

Médecin interne générale, médecin-conseil pour la CPPG

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Le Dr Nabil BENZINA

consulte désormais à Lavy Médical,
33 chemin des Rayes, 1222 Vézenaz

La Dre Malgorzata BUCZAK

consulte désormais au Geneva
Central Clinic SA,
Rue de la Rôtisserie 1, 1204 Genève

Le Dr Ochine KARAPETIAN

consulte désormais au
94 rue de la Servette, 1201 Genève

Le Dr Dominik LÉVIGNE

consulte désormais à l'Hôpital
de la Tour, Avenue JD Maillard 1bis,
1217 Meyrin

Le Dr Emmanouil PSATHAS

consulte désormais au Swiss Vascular
Network, 24 avenue de Champel,
1206 Genève

Le Dr Claude SCHWARZ

consulte désormais à la Clinique
La Vallée, Rue de Chaux 4,
2800 Delémont

La Dre Eva SENDERSKY

ne consulte plus au
1 Rue Emile Yung, 1205 Genève

La Dre Viktorie SENDERSKY

ne consulte plus au Centre Médical
de Rive, Boulevard Helvétique 26,
1207 Genève

Décès

Nous avons le profond regret
d'annoncer le décès de

Dre Vana MENA-FERRARO

survenu le 16 mai 2026

Dr Edouard ROTHPLETZ

survenu le 11 juin 2026

Dr Alain CHIPIER

survenu le 15 juin 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
communication@amge.ch

PUBLICITÉ

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

CONCEPTION & RÉALISATION

Bontron&Co
Loredana Serra



Séminaires pour
médecins

Simply
acquérir des
connaissances

S'inscrire
maintenant

Organisateur leader de séminaires
orientés vers la pratique
Réservez votre place

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



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

1010911

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



1010219

LA PRÉVOYANCE DES MÉDECINS

Sécurité. Flexibilité. Performance.

- Un médecin indépendant sur quatre nous fait confiance en Suisse Romande
- 100% des versements défiscalisés
- Rémunération moyenne sur 10 ans proche de 3%