

la lettre





TARDOC
Ask the Expert

Maîtriser TARDOC en toute sérénité. Aujourd'hui comme demain.

Nous accompagnons votre cabinet face aux évolutions de TARDOC et des forfaits ambulatoires.

La Caisse des Médecins soutient les médecins exerçant à titre indépendant dans la gestion administrative de leur cabinet. Forts de plus de 60 ans d'expérience en matière tarifaire, nous vous aidons à appliquer correctement TARDOC – aujourd'hui, en prévision de la révision 2027 et au-delà.



Bénéficiez des conseils de l'équipe d'expertes
et d'experts de la Caisse des Médecins.
caisse-des-medecins.ch/experts-tarifs



Au cœur de l'innovation



ÄRZTEKASSE



CAISSE DES MÉDECINS

CASSA DEI MEDICI

La Caisse des Médecins : une coopérative
professionnelle à vos côtés



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Plafonnement: des questions sans réponses

L'annonce en ce début d'été de la volonté politique d'imposer un plafonnement des points médicaux ou points maximaux à 1577 points (12 heures x 60 minutes x 2.19 revenu de base des médecins par minute) dès le 1^{er} janvier 2027, en cas d'accord du Conseil fédéral, en moyenne mensuelle, a provoqué, à juste titre, colère et émotion parmi le corps médical suisse.

La solution négociée en catimini entre les assureurs (PrioSwiss), les hôpitaux (H+) et les médecins (FMH) ne cesse d'interroger tant personne à ce jour ne maîtrise les données de facturation sous Tardoc. Pour rappel, le nouveau tarif médical, introduit au 1^{er} janvier de cette année, a entraîné à Genève une mise en route diverse selon que l'on soit installé en pratique privée en ville, avec une facturation dès les premières semaines de janvier, ou en institution telle les HUG avec une facturation uniquement dès la fin du printemps et encore incomplète à ce jour. Toute introduction d'un nouveau tarif impose une phase de neutralité et une connaissance de l'impact du changement tarifaire calculé sur trois ans (2026-2028). Les interrogations sont nombreuses

et justifiées face à une mesure qui rate sa cible car les abus sont depuis longtemps soumis à l'économicité et qui risque d'entraîner dans certaines spécialités des retards de consultations et donc de diagnostics. Le risque, c'est le rationnement. Seule certitude, ce plafonnement n'aura aucun impact sur les coûts bien que faisant partie du 2^{ème} volet du frein à la hausse des coûts, mais touchera certainement la qualité et l'accès aux soins.

La première question est liée à la capacité de s'opposer à une telle mesure décidée par le Parlement. La loi, c'est la loi. Trop tard, nous dit-on! Cette étape est passée et cela sans aucune action ou réaction politique de nos instances médicales lors du vote des Chambres fédérales au printemps

2025. Pour être clair, la FMH n'a pas réagi avec la force nécessaire. Il est des temps où la menace et la mise en route d'un référendum a toute sa place comme en 2011 avec la loi Managed Care finalement balayée à plus de 76% par le peuple suisse en juin 2012 malgré sept ans de travaux parlementaires. On ne peut pas s'afficher contre le plafonnement et ne pas avoir agi.

La seconde interrogation porte sur l'effet d'annonce qui a surpris l'ensemble des acteurs du domaine de la santé. À aucun moment, de façon explicite et limpide, la menace d'un plafonnement n'a été mise sur la table autrement que camouflée dans les travaux et discussions portant sur la structure Tardoc pour l'année 2027 et adressée à l'organisation

tarifaire nationale (OTMA) ce printemps. L'AMGe, comme l'ensemble des sociétés cantonales et régionales de médecine et toutes les sociétés de disciplines, n'a eu connaissance de ce plafonnement qu'uniquement au moment de la parution le 2 juin 2026 du papier de prise de position commune entre PrioSwiss, H+ et la FMH intitulé «Limite maximale du nombre de points de taxe facturables par jour ouvrable pour la partie médicale du TARDOC» et cela n'est pas acceptable. Pourquoi cela n'a-t-il pas été l'un des fils conducteurs de la politique de la FMH au cours des derniers mois? Et ne l'oublions pas, l'effet de totale surprise l'a aussi été pour les hôpitaux où la faïtière H+ n'a pas non plus pris langue avec ses membres. Les HUG n'ont pas été mis au courant des tractations. Un comble.

La troisième et légitime question repose sur un constat terrible: les membres de la FMH ont versé des millions de francs de cotisations pour avoir un pool de données national (NewIndex) et les membres de notre association cotisent également à la boîte de réception de l'AMGe et au trust center romand (Ctésias) pour là aussi être en capacité de posséder des datas fiables et utilisables en tout temps. Alors comment comprendre que depuis début juin aucunes données consolidées ne soient réellement exploitables plus de trois mois après la découverte du plafonnement? À qui appartiennent-elles? Qui paie,

Et comment comprendre la position de Urs Stoffel, ex-membre du comité de la FMH qui siège au sein de l'OTMA (l'organisation tarifaire nationale) au nom de la FMH, mais aussi chez l'assureur Swica et qui préside le Conseil d'administration de NewIndex SA? Pas au courant?!?

commande ou qui paie, subit? Et comment comprendre la position de Urs Stoffel, ex-membre du comité de la FMH qui siège au sein de l'OTMA (l'organisation tarifaire nationale) au nom de la FMH, mais aussi chez l'assureur Swica et qui préside le Conseil d'administration de NewIndex SA? Pas au courant?!? Le hic dans toutes ces datas, c'est qu'il y a un péché d'origine qui a obligé à tout reprendre: toutes les bases de données ont été exploitées sous le RCC du médecin, c'est-à-dire sous son numéro de facturation à charge ou celui du centre médical où il travaille, et non pas via son identifiant personnel GLN qui est exigé pour le plafonnement des points médicaux. C'est l'identité même du médecin exécutant qui est primordiale dans le calcul et donc patatras nos

données doivent être retravaillées et reconfigurées. Et dire que le Parlement a pris sa décision en mars 2025 et que les négociations entre les partenaires tarifaires (sans les cantons pourtant membres de l'OTMA) ne datent pas d'hier. Quand l'AMGe a demandé à pouvoir recevoir l'analyse de ses propres données, nous avons reçu une fin de non-recevoir de l'ensemble des structures possédant nos datas, incapables début juillet de répondre à nos besoins d'informations précises et fiables. Là aussi, à la vue des montants investis, ça questionne et ça grenouille.

Où et comment agir dans ce dossier? Dès l'annonce du plafonnement début juin, l'AMGe a mis en garde sur un plafonnement qui entraînerait un rationnement des soins, une étatisation de la médecine, l'imposition par le politique d'un budget global alors même que le peuple suisse a refusé en juin 2024 toute forme de budget global. Nous avons participé début août à une table ronde genevoise (HUG, cliniques privées, AMGe) sous l'égide du Département de la santé avec une résolution commune qui prônait une analyse par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de tout impact avant la mise en œuvre et surtout la demande d'une phase de moratoire pour les spécialités directement touchées par le plafonnement des points maximaux avec la volonté de pouvoir se baser sur des données cantonales consolidées.

Malheureusement une partie des cliniques privées a refusé cet engagement cantonal. Notre association soutient une phase d'analyses spécialité par spécialité de l'impact de cette mesure et cela sous la forme d'un moratoire. Avoir des chiffres valables, les analyser, comprendre pourquoi certaines spécialités sont impactées, disséquer les minutages, mais aussi oser parler des points techniques et de l'impact économique des charges sur les structures médicales.

Se donner le temps nécessaire. Cela va demander un engagement des sociétés de disciplines, une expertise basée sur les données en étroite coopération, des minutages étayés et enfin une mise en œuvre dans le Tardoc pour reprendre les termes et le plan d'action de la FMH. Ce plan a été accepté par l'Assemblée des délégués de la FMH le 10 septembre dernier.

Il faudra aussi, et cela est essentiel, arriver enfin à la revalorisation promise de la médecine de premier recours (MPR), vœu pieux et vainc depuis 2004 sous le régime du Tarmed. La faïtière des médecins de famille et de l'enfance (MFE) a rapidement communiqué que le plafonnement ne concernait que très peu ses membres. Attention à garder en tête plusieurs points cruciaux. L'un est lié au niveau du plafonnement qui peut être revu annuellement et pourrait dans un avenir proche être à la baisse

et toucher un plus grand nombre de médecins de premier recours. Il faut chercher à maintenir l'attractivité de la profession, c'est-à-dire d'avoir la possibilité d'effectuer dans le futur un plus grand nombre d'actes lors des consultations au risque de se couper de cette approche médicale souvent perçue comme importante par les étudiants lors de leurs choix de carrière, de ne pas entrer dans le piège d'un minutage qui impacterait, sur le modèle inique des vingt minutes de consultation, encore plus le temps d'examen et donc l'impossibilité de traiter plusieurs problèmes en un seul temps de consultation comme cela a déjà été imposé en Europe par le politique.

Dans ce contexte, comment va-t-on pouvoir mieux rémunérer les MPR avec une phase de neutralité imposée car liée à toute nouvelle structure tarifaire (Tardoc), une impossibilité d'un différentiel important entre les hôpitaux et les médecins de ville, un facteur de 1.5% entre les MPR et les spécialistes et la limite de 4% d'augmentation des coûts imposée unilatéralement par le Conseil fédéral dont l'OFSP exige un concept contraignant (là encore un déni de démocratie après le refus par le peuple d'un budget global)? On est loin, très loin, de la demande de revalorisation de 20% exigée ce printemps par MFE. Et cela sans parler du contexte actuel lié à l'annonce des primes d'assurance-maladie qui vont plus que jamais

reposer sur la détestable boule de cristal des assureurs. Au moment d'écrire ces lignes, les perspectives annoncées sont de +5%. Sur Genève, selon les chiffres MOKKE venant de l'OFSP, la croissance des coûts de la médecine de ville sur 1 an (1er juillet 2025-30 juin 2026) est de 1.9%. Nous verrons à quelle sauce indigeste la population sera mangée et ce au cours d'une année où la bourse a pourtant été favorable ce qui devrait permettre un mécanisme positif avec les réserves. On peut rêver!

Le 17 novembre prochain, vous élirez la future présidence de l'AMGe qui dirigera pour quatre ans notre association dès le 1^{er} janvier 2028. Le Conseil de l'AMGe a privilégié une co-présidence. J'accompagnerai nos deux collègues au cours de l'année 2027 tout en gardant la responsabilité des décisions de notre association. Les dossiers, au-delà du plafonnement des points maximaux, sont nombreux, complexes et nécessitent une cohésion de notre profession autour de lignes claires et de valeurs communes. Ce n'est pas un vœu dans le vent, c'est la seule réalité qui puisse maintenir notre force et notre unité. Le titre de mon premier éditorial était «Ensemble, plus forts». Nous étions en janvier 2014. Aujourd'hui, cette maxime est totalement d'actualité. Les divisions sont une faiblesse. ●

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

L'AMGe a ...

Dossiers traités

Tardoc Plafonnement des points tarifaires :

- Entretiens et séances P. Maudet, G. Rufenarcht, P. Eggimann SMSR, délégués FMH
- Séance Ctésias collecte des données
- Séance FMH présidents cantonaux
- Séance FMH Délégués tarifaires

Valeur du point :

- Entretien Pierre Maudet
- Séance Assura / Groupe Mutuel
- Séances CSS / GE / AP

Honoraires LCA :

- Séances Atipik
- Marque «Asteriks», développement et maintenance
- Séances Assura suivi convention et feuille de route
- Séances gouvernance Assura-GM-Asterisk- AMGe

CeSage – garde médicale : 2 séances

Beluga (caisse publique) :

- Séance réseau de santé et Beluga
- Séance OCS
- 1 séance de travail : 20 mai médecine de premier recours

Honoraires des radiologues :

- Hack groupe 3R
- Entretiens et séance présidente et groupe radiologues

Divers :

- Droits d'installation des chirurgiens
- Séance chirurgie générale et clause du besoin
- SR SMSR Séance comité Bienne
- FER Conseil de direction
- Assemblée des déléguées FMH et séance
- AMIG
- Entretien médecin cantonal
- Groupe Mutuel : assurances base et complémentaire
- Urgences ambulatoires
- Assemblée des gynécologues
- Activités pré-analytiques rémunération
- Commission de la santé
- Assurances internationales UNSMIS et CIGNA
- Cybersécurité
- Site internet
- 3 séances avec l'agence de communication
- 2 séances Association des groupes médicaux Genève

Médias :

- Rédaction éditorial la Lettre de l'AMGe
- Interview RTS radiologie et revenus
- Interview TdG radiologie et revenus
- Interview RTS plafonnement PM Tardoc
- Interview TdG HUG
- Entretien journaliste RP indépendante («liste noire» médecins)

Economicité : Commission 27.05.26

Courriers et documents élaborés

total 2'229

Marque «Asteriks», développement et maintenance

Activité pré-analytique et rémunération par les laboratoires

Echanges avec les assurances internationales (notamment UNSMIS et CIGNA)

Assemblée New Index

Echanges avec la Zurich sur la convention en vigueur depuis 2013

Question sur la formation des médecins/médecins assistants

Réactions suite au hack du Groupe 3R

Réactions des membres suite modifications valeur de point de la CSS à 0.94 (1^{er} janvier/1^{er} juillet)

Echanges avec la FAMH sur l'activité pré-analytique

Nouvelle authentification Docteur@home

Plafonnement tarifaire à 1'577 pm

Helsana – Dépôt d'une requête en cessation du trouble

Suite des échanges au sujet de CIGNA (assurance internationale)

Garde d'été – Convention avec la CeSaGe (adultes et enfants)

Nouvelle commission de l'économicité

Positions TARDOC

Accouchement dans une maison de naissance

Vérifications de factures par des assurances (indemnité pour urgence C)

Questions sur les dossiers médicaux et les notes personnelles du médecins

Cumul des positions AA et AR

Frais déductibles fiscalement par les médecins

Pro Litteris

Développement d'un projet (psychiatre) d'aide en choix de vie, d'équilibre et de valeurs

Reconnaissance des formations de secrétaire médicale

Consultations effectuées pendant une période de suspension de couverture

Problèmes d'intervention ambulatoire/stationnaire

Activités des organes et commissions de votre association

6 réunions du BUREAU du conseil

02.06.2026 | 09.06.2026 | 16.06.2026 | 24.06.2026
30.06.2026 | 25.08.2026

SUJETS TRAITÉS :

Tardoc Plafonnement des points tarifaires
Amélioration du processus de demande de prise en charge hospitalière aux HUG
Nouveau certificat médical éducation physique
Communication aux médecins de premier recours sur les dossiers à traiter
Réseau de soins cantonal (GT1)
Valeur du point arrêté du Conseil d'Etat pour la CSS
Nouveau site internet
Rémunération pour l'activité pré-analytique
G7 : macarons
Honoraires LCA : - Point de situation - Convention avec Zürich Assurance - Clinique Générale Beaulieu anesthésistes
Marque Asteriks
Centrale d'appel durant l'été : réactivation du 6.07 au 23.08
Ctésias et NewIndex : collectes des données
Facturation AI par Médidoc
Village santé-social Balxert 2027

1 réunion du Conseil 09.06.2026

SUJETS TRAITÉS :

Objets statutaires
Garde médicale : point de situation
Tarif médical ambulatoire
Beluga : point de situation
Réunion du G7 à Evian

1 réunion de la commission de déontologie et de conciliation

17.06.2026

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 Nadiacommunication
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
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 application et suivi

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 rédactionnelle la Lettre

Contrôle et suivi budgétaire prestataires externes La Lettre

Rubrique l'AMGe a

Site internet

Séance radiologues

Campagne plafonnement point tarifaire

Village santé social 2027

Séance communicants SMSR et FMH

Revue de presse quotidienne

Besoin de consulter rapidement ? Ayez le bon réflexe.

En premier lieu, contactez votre médecin traitant.
En cas d'indisponibilité, plusieurs solutions adaptées s'offrent à vous :



0800 116 117

cesage

Centrale Santé Genève
(ligne gratuite)



InfoMed

Application d'aide à l'orientation
(gratuite)



Urgence vitale : appelez immédiatement le 144

CLINIQUE DE CRANS-MONTANA



MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:

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

Admissions

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

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

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



Hôpitaux
Universitaires
Genève

CLINIQUE DE
CRANS-MONTANA



En chiffres

Informatique et sécurité



**Assistance
& technique**

142h

Projets spéciaux (Assurances LCA, TARDOC, Atipik, base de données Atlas, Docteur@home) secrétariat, amélioration logiciel, Syrma, Site web, questionnaire sécurité membres, projet Beluga, statistiques mensuelles, résolutions de pannes, analyse phishing, résolution de spams, migration, mises en ligne contenus, investigations solutions développement proposées, maintenance périodique, site support.amge.ch



**Maintenance
et gestion**

148h

Messagerie sécurisée

37.5h

Site web

Mails & Téléphones



766

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

892

Appels entrants



283

Appels sortants

3'311

Mails reçus (hors tickets)



1'497

Mails envoyés (hors tickets)



4'573

Nouveaux tickets pour le secrétariat



6'461

Échanges de mails suite aux tickets



13'092'521

Mails membres stockés sur la plateforme



17'155

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.

158'675

messages rejetés (spams, virus) 1^{er} niveau

428'819

connexions refusées ou échouées – dont une partie provient des criminels

20'049

tentatives de connexions pour l'adresse la plus attaquée durant tout l'été

106

En juillet, le record de tentatives pour un seul compte provient de 106 pays différents

2'582

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.

ASSISES DE LA MÉDECINE ROMANDE #9

BEAULIEU – LAUSANNE

26 NOVEMBRE 2026
9H – 17H

4 crédits de formation continue SSMIG

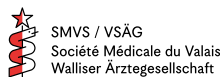
5 crédits non spécifiques de formation continue SVM

6 crédits SFGG / SPSG

50 points FPH pharmacie d'officine

50 points FPH en pharmacie hospitalière et
pharmacie clinique

- MÉDECINE DE PREMIER RECOURS
- CAS CLINIQUE INTERACTIF
- PODCAST LIVE
- PLÉNIÈRE ET ATELIERS
INTERPROFESSIONNELS
- SYMPOSIUM ROMAND DES SOINS
INFIRMIERS
- SYMPOSIUM ROMAND DE PHARMACIE



**REVUE
MÉDICALE
SUISSE**

WWW.ASSISESMED.CH



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

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N° 6 | Août 2026

Octroi des titres par l'ISFM

Une crise surmontée ensemble

Face aux difficultés, l'ISFM a pu compter sur le soutien actif des médecins. Dans cet entretien, trois d'entre eux expliquent ce qui les a motivés et comment ce succès partagé a été rendu possible.

Solange Lukas, spécialiste en communication et membre de l'équipe de management de l'ISFM, s'est entretenue avec la Dre Corina Canova, membre du comité de l'ISFM, Société suisse d'angiologie, spécialiste en angiologie et en médecine interne générale, le Dr Reto Thomasin, membre du comité de l'ISFM, asmac, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, le Dr Raphael Stolz, vice-président de l'ISFM, spécialiste en médecine interne générale, et Adrian Stoll, directeur ad interim de l'ISFM.

Pour l'ISFM, l'année 2025 aura été marquée par la crise liée à l'octroi des titres de spécialiste. Afin de résorber rapidement les importants retards accumulés et de stabiliser durablement les processus, les médecins ont été sollicités en renfort, en plus de diverses mesures d'urgence en interne. La Dre Corina Canova, le Dr Reto Thomasin et le Dr Raphaël Stolz, trois des médecins ayant répondu à cet appel, partagent avec nous leur expérience, en évoquant leurs motivations, leurs tâches sur le terrain et les défis rencontrés.

Corina Canova, quand avez-vous été confrontée pour la première fois à la crise des titres au sein du comité de l'ISFM et comment avez-vous vécu cette situation ?

CC: Le comité s'est saisi du sujet pour la première fois dès le printemps 2025, après avoir reçu de plus en plus de signalements de la part de collègues concernant les longs délais d'attente. L'analyse a toutefois révélé qu'aucune donnée fiable n'était disponible pour évaluer clairement l'ampleur du problème. Cela nous a conduits à nous pencher de manière plus approfondie sur la situation et à poser davantage de questions pour lesquelles nous n'avons, dans un premier temps, reçu que des réponses insuffisantes.

Raphael Stolz, en tant que vice-président et, à ce titre, membre de la direction de l'ISFM, vous avez dès le début participé activement au traitement des demandes de titre. Quel

rôle les médecins ont-ils joué et comment avez-vous perçu leur collaboration avec l'ISFM ?

RS: Les médecins ont joué un rôle prépondérant dans la gestion de la situation. Grâce à leur parcours, ils ont pu être rapidement et efficacement intégrés au traitement des dossiers et résorber le retard accumulé en collaboration avec l'équipe spécialisée.

La collaboration avec l'ISFM s'est avérée globalement très constructive. Après une phase initiale de prise de contact, la coopération avec les services concernés, dont le service juridique, le service informatique et l'équipe des diplômes, s'est développée de manière très positive. Par leur contribution, les médecins ont joué un rôle important et permis que ces résultats soient obtenus ensemble.

Adrian Stoll, vous avez rejoint l'ISFM à la mi-décembre pour reprendre la direction à titre intérimaire. Quelle a été votre impression ?

AS: En période de crise, les équipes et le personnel fonctionnent souvent de manière différente. Nous avons très vite compris que c'était en collaborant avec les médecins que nous parviendrions à relever au mieux ce défi. Nous avons défini des objectifs communs et adapté les processus afin que l'ensemble du système puisse faire face à cette augmentation spectaculaire de la productivité. Outre la mise en place d'une cellule de crise commune avec la FMH et le comité de l'ISFM, il a fallu faire preuve de leadership, instaurer un

climat de confiance, assurer une communication ouverte et efficace, mettre en place un pilotage des performances fondé sur les données, clarifier les rôles et entretenir des échanges réguliers et très étroits avec toutes les parties prenantes. Les résultats obtenus parlent d'eux-mêmes.

Reto Thomasin, vous êtes membre du comité de l'ISFM et avez traité de nombreuses demandes de titre au cours des derniers mois. Quels ont été les principaux défis auxquels vous et les autres personnes impliquées avez été confrontés ?

RT: Le plus grand défi a été de se familiariser rapidement avec le système afin de pouvoir traiter les dossiers à la fois rapidement et de manière aussi uniforme que possible. Cette tâche a été compliquée par la diversité des programmes de formation postgraduée, les nombreux dossiers prioritaires et, disons-le, des demandes parfois incomplètes.

Pouvoir prendre contact avec les candidates et candidats constitue un avantage considérable pour clarifier facilement de nombreux points en suspens. De plus, les médecins venus en renfort disposent de précieuses connaissances sur les programmes de formation et l'ensemble du système. Le travail anticyclique a également bien aidé, car un grand nombre de médecins ont travaillé sur les dossiers pendant leur temps libre ou le week-end.

Corina Canova, partagez-vous ce ressenti ?

Extrait du Bulletin des médecins suisses N°6, 2/2

Le Bulletin des médecins suisses | Année 107 | N° 6 | Août 2026

ISFM – Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue



La discussion bat son plein (de g. à d. : Adrian Stoll, Raphael Stolz, Corina Canova, Reto Thomasin).

CC: Mon expérience est très similaire. Le plus difficile a surtout été d'organiser la mise au courant tout en instaurant la confiance nécessaire entre les médecins externes et l'équipe à Berne. Nous avons très bien réussi à développer un langage commun et une compréhension partagée, ce qui a été déterminant.

Il a notamment été difficile de trier les attentes des candidates et candidats et de déterminer ce qui était possible et acceptable afin d'accélérer le traitement des demandes. Certaines attentes ont été déçues. Les relations avec nos consœurs et confrères n'ont pas toujours été faciles sur le plan psychologique, mais elles ont été en même temps très enrichissantes.

Adrian Stoll, la situation s'est désormais stabilisée et nous pouvons laisser cette crise derrière nous. Quels enseignements en tirez-vous pour l'avenir ?

AS: Outre l'engagement remarquable de l'équipe de l'ISFM à Berne, le soutien des médecins a constitué un élément essentiel pour surmonter la crise. Nous avons ainsi pris conscience plus d'une fois que «les médecins connaissent les crises». Cette situation nous a appris qu'ensemble, nous pouvons accomplir davantage que seuls. C'est pourquoi nous allons pérenniser l'appui des médecins au sein de l'ISFM en l'inscrivant dans les objectifs de l'institut. Nous sommes heureux que la Chambre médicale partage cette volonté. Ainsi, nous pouvons poursuivre activement l'intégration active des compétences médi-



Comme le montre ce graphique, l'ISFM est parvenu à réduire drastiquement les demandes en attente dès début 2026.

cales. Cela se reflétera également dans les changements qui seront apportés à la gouvernance.

RS: Je ne peux qu'acquiescer. Après tout, il s'agit de la formation postgraduée des médecins. C'est pourquoi le point de vue et l'expérience des médecins devraient continuer à être directement pris en compte dans les processus clés de la formation postgraduée.

Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez dire aux médecins en formation postgraduée et aux établissements de formation en ce qui concerne les demandes de titre ?

RT, RS et CC sont unanimes: Toute personne souhaitant obtenir un titre de spécialiste doit se familiariser suffisamment tôt avec les exigences du programme de formation, tenir à jour son logbook et

veiller à ce que son dossier soit complet. Il convient de clarifier en temps utile les questions en suspens et de consulter régulièrement les informations fournies par les sociétés de discipline. Faire preuve de prévoyance peut contribuer à éviter les retards dans la procédure.

CC ajoute: Sans l'investissement des médecins, ce défi n'aurait pas pu être relevé aussi rapidement. Cela montre que les médecins sont non seulement capables de surmonter les crises, mais aussi de trouver des solutions communes et de participer au changement. C'est également une source de motivation pour nos jeunes collègues, qui les incite à structurer leur formation postgraduée de manière active et prévoyante. ●●●

Correspondance
kommunikation@iswf.ch

Plafonnement des points tarifaires

En quoi consiste le plafonnement de la prestation médicale ?

Le plafond légal fixé pour la prestation médicale dans le TARDOC a suscité le mécontentement et l'inquiétude de nombreux médecins. Cet article revient sur le contexte de cette mesure, dissipe les malentendus et aborde les prochaines étapes.



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

Au début de l'été, le plafond légal fixé pour la prestation médicale dans le TARDOC (plafonnement de la PM) a beaucoup fait parler de lui au sein du corps médical. Tout est parti du paquet tarifaire remis au Conseil fédéral début juin, en vue de la version 2027 du tarif. Ce paquet comprenait également un concept élaboré par les partenaires tarifaires concernant le volume de points tarifaires (PM exclusivement) pouvant être facturé par journée de travail. Le Conseil fédéral avait en effet exigé des partenaires tarifaires qu'ils remettent ce concept avec le paquet 2027, suite à l'inscription de cette disposition dans la loi sur l'assurance-maladie par le Parlement.

Quelles sont les prestations concernées ?

Le plafonnement de la PM s'applique exclusivement à la prestation médicale attribuée aux positions tarifaires du TARDOC à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il est calculé sous forme de moyenne de tous les jours de travail sur un mois civil pour chaque médecin exécutant, le numéro GLN faisant foi. Quelques jours pris séparément au cours desquels la prestation médicale est plus élevée ne se traduisent donc pas automatiquement par un dépassement. Ne sont pas concernés par le plafonnement, la part des presta-

tions d'infrastructure et de personnel (PIP), les forfaits ambulatoires, les suppléments pour les consultations pressantes et urgentes dans la pratique privée, les rapports médicaux et les expertises.

Comment en est-on arrivé là ?

Le plafonnement des points tarifaires a été inscrit dans la loi dans la foulée du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, adopté début 2025 par le Parlement. La FMH s'y est fermement opposée et a réussi à empêcher de nombreuses réglementations qui auraient considérablement compliqué l'exercice de la médecine. Elle s'est également vigoureusement opposée au plafonnement des points tarifaires, jusqu'à ce que sa position soit rejetée de justesse par la conférence de conciliation du Parlement. Le 2^e volet a ensuite été adopté lors du vote final : à l'unanimité au Conseil national et par 43 oui et 2 non au Conseil des États.

La FMH aurait-elle pu lancer un référendum ?

Dans ce contexte, un référendum n'avait aucune chance d'aboutir. Aucun parti ne l'aurait soutenu, et les représentants des organisations de patients s'étaient clairement prononcés en faveur du plafonnement au Parlement. La FMH n'avait donc plus qu'une seule possibilité : choisir qui mettrait en œuvre la loi. Pouvait-elle laisser le champ libre au Conseil fédéral pour qu'il fixe et adapte seul le plafonnement par voie d'ordonnance ? Ou devait-elle négocier une réglementation avec les partenaires tarifaires qui pourraient ensuite chaque année l'évaluer et l'adapter en fonction des réalités du terrain ? La FMH

est allée dans le sens de ses membres et a clairement opté pour cette deuxième option. L'Assemblée des délégués a confirmé cette décision le 19 mars 2026 et approuvé la remise de la demande d'approbation de la version 2027 du tarif (TARDOC et forfaits ambulatoires), qui incluait également le document relatif au plafonnement des points tarifaires.

Quels sont les moyens d'agir ?

La FMH reste, par principe, opposée à cette disposition légale absurde. Il est important de rappeler que le concept visant à déterminer le plafond de la PM remis au Conseil fédéral est évolutif et que les détails ne sont pas encore fixés. Pour le moment, les cabinets et les sociétés de discipline sont invités à analyser l'impact concret de cette mesure et à formuler les adaptations nécessaires en collaboration avec la FMH en sa qualité de partenaire tarifaire. Une fois ces adaptations intégrées à la structure tarifaire (p. ex. minutages), le plafonnement de la PM deviendra de facto obsolète.

Les premières analyses des données du TARDOC montrent que seule une petite minorité de médecins atteint ou dépasse le plafond fixé. Pour ces cas-là, il s'agira de déterminer les causes et de trouver ensemble des solutions. Les partenaires tarifaires ont fait savoir qu'ils étaient prêts à apporter leur contribution.

Afin de ne compromettre ni la prise en charge des patients ni la viabilité économique des cabinets médicaux à court terme, la FMH réclame une période transitoire assortie d'un monitoring et d'une priorisation de la maintenance du tarif, et ce, sans aucune sanction.

Plafonnement de la PM dans le TARDOC

Concept soumis avec le paquet global 2027

1577 points tarifaires de la PM par jour – **moyenne mensuelle**

 S'applique - Aux prestations TARDOC relevant de la LAMal - Par médecin traitant	 Calcul - Somme des points tarifaires de la prestation médicale (PT PM) - Sur tous les jours avec des prestations médicales	 Non pris en compte - AA.30 Consultations pressantes et urgentes dans la pratique privée - AA.25 Rapports médicaux et expertises	 Contrôle - Interprétation générale IG-02 - Adaptable chaque année par les partenaires tarifaires - Mécanismes de contrôle et sanctions possibles encore inconnus	 Ne s'applique pas - Aux points tarifaires de la prestation d'infrastructure et de personnel dans le TARDOC (PIP, anc. PT) - Aux forfaits ambulatoires - Aux autres tarifs médicaux
--	---	--	--	--

© FMH

Principaux éléments du concept visant à déterminer le plafond de la PM

Il faut maintenant une collaboration intensive avec toutes les sociétés de discipline et les délégués tarifaires, et des outils concrets permettant de comprendre et de mettre en perspective l'impact direct

du plafonnement. En unissant nos forces, c'est aussi l'occasion de dénoncer l'absurdité et les risques de telles réglementations et de s'y opposer fermement; et là, il est non seulement question du plafonnement

du volume de points tarifaires, mais aussi de neutralité des coûts, que le Conseil fédéral prolonge indéfiniment, et de son budget global. Une chose est certaine: la FMH entend se battre à vos côtés pour garantir une prise en charge adéquate des patientes et des patients. ● ● ●

Que fait la FMH ?

En collaboration avec les sociétés de discipline et leurs délégués tarifaires, la FMH examine où le plafonnement pourrait être dépassé malgré une pratique médicale rigoureuse. Forte de ces informations, elle pourra s'adresser aux partenaires tarifaires avec des exigences claires, tout en collaborant étroitement avec les organisations concernées. Il est évident que cela suppose au préalable la suspension de toute sanction. La FMH exploitera pleinement la marge de manœuvre offerte par la loi. La mise en œuvre doit garantir des tarifs appropriés et conformes à l'économie d'entreprise et ne doit en aucun cas compromettre la prise en charge des patients. C'est également ce que prévoit la loi sur l'assurance maladie.

Que peut faire votre société de discipline ?

Pour pouvoir convaincre, il faut disposer de données fiables concernant les cabinets concernés et les disciplines à risque. Les organisations affiliées à la FMH sont priées de recenser les problématiques spécifiques à leur discipline et les situations concrètes de cabinet dans le formulaire mis à leur disposition (cf. appel dans le Weekly de la FMH). Elles ont jusqu'au 15 septembre pour ce faire. La FMH analysera les données recueillies et élaborera des solutions spécifiques pour les disciplines et les cabinets particulièrement concernés. Elle défendra ensuite ces solutions avec détermination lors des négociations tarifaires.

Correspondance
yvonne.gilli@fmh.ch

Avez-vous encore des questions ?

La FMH continue d'informer par ses canaux usuels: FMH Weekly, Flash et Au cœur du tarif. Elle répond également aux questions les plus fréquentes sur son site internet:



Pour toute question spécialisée, veuillez contacter tarife.ambulant@fmh.ch

La bureaucratie en chiffres

Qui fait quoi - et combien de temps cela prend-il ?

Le corps médical consacre beaucoup de temps à des tâches administratives jugées inutiles. Leur nature et la charge de travail qu'elles représentent varient nettement selon les catégories de médecins et les domaines d'activité.

Bruno Trezzini

Dr phil., expert, Médecine et tarifs hospitaliers, FMH

Dans le système de santé, la charge liée à la bureaucratie et aux tâches administratives est de plus en plus souvent mise en évidence [1-3]. Une enquête réalisée chaque année sur mandat de la FMH montre également que le corps médical fait face depuis des années à une charge administrative importante. Des exigences destinées initialement à garantir la qualité, la transparence et l'économicité du système de santé ont fini, dans de nombreux domaines, par engendrer une bureaucratie complexe et chrono-

Les médecins en formation consacrent en moyenne plus de trois heures par jour aux tâches de documentation.

phage touchant aussi bien les hôpitaux que les cabinets médicaux. L'un des principaux facteurs en cause est la multiplication des

dispositions légales et administratives, en particulier les obligations de documentation et de justification imposées aux fournisseurs de prestations et contrôlées par les assureurs-maladie.

Documentation élevée

Depuis plusieurs années, le temps que les médecins consacrent à la documentation et au dossier patient reste élevé et tend à augmenter. En 2025, il atteignait en moyenne journalière des médecins hospi-

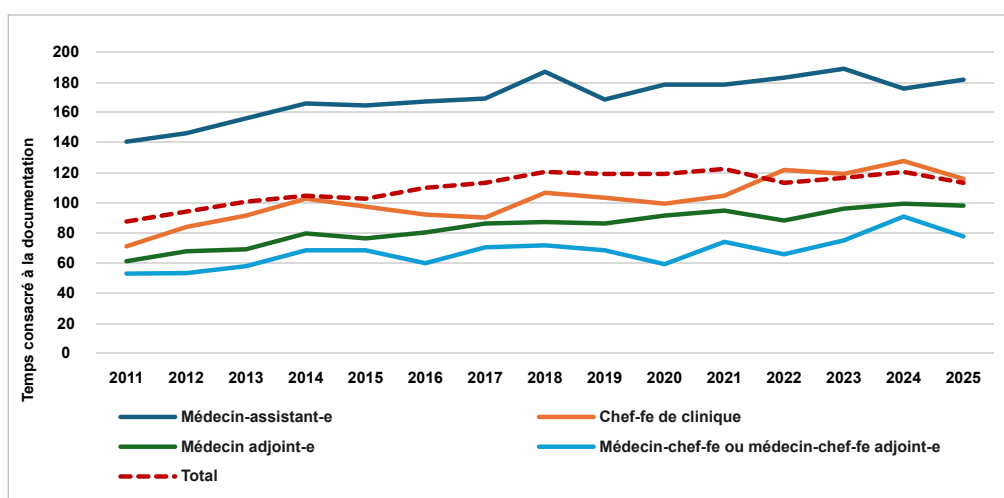


Figure 1: « Combien de temps avez-vous consacré aux tâches de documentation lors de votre dernière journée de travail habituelle ? » (soins somatiques aigus, valeurs moyennes en minutes par jour); données de mai-juin 2025, relevées par gfs.bern, n entre 170 et 280

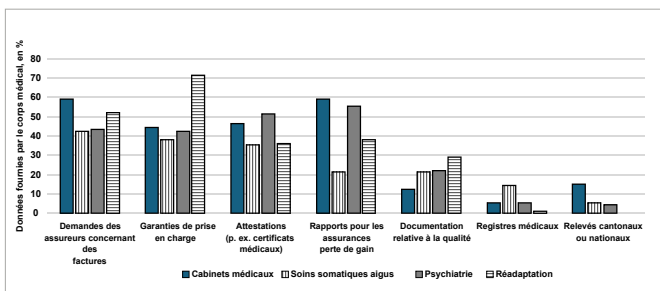


Figure 2: « Quelles sont les trois exigences des autorités ou des assureurs qui vous demandent le plus de temps ? » (réponses des médecins en %); données de mai-juin 2025, relevées par gfs.bern, n = 66 à 1062

taliers, 121 minutes en psychiatrie, 114 minutes en soins somatiques aigus et 95 minutes en réadaptation. En soins somatiques aigus, ce temps a augmenté de près de 30 minutes par jour depuis la première enquête menée en 2011 et cette évolution est particulièrement marquée chez les médecins en formation (Figure 1) qui, avec une moyenne de 183 minutes par jour, consacrent désormais presque autant de temps aux tâches de documentation qu'aux activités auprès des patients. Une charge administrative excessive nuit à la satisfaction au travail et aggrave la pénurie de personnel qualifié. Près d'un cinquième des médecins en formation envisagent de quitter le système de santé.

Exigences chronophages

Répondre aux exigences des autorités et des assureurs demande également beaucoup de temps. Les médecins hospitaliers estiment cette charge à 67 minutes par jour en moyenne en réadaptation, à 46 minutes en psychiatrie et à 35 minutes en soins somatiques aigus. Selon le domaine, ce sont surtout les garanties de prise en charge, les rapports destinés aux assurances perte de gain ou les demandes des assureurs concernant la facturation qui prennent le plus de temps (Figure 2).

Dans le secteur ambulatoire (cabinets médicaux), les médecins estiment à environ 54 minutes par jour le temps nécessaire pour répondre à ces exigences. Les demandes des assureurs concernant la facturation et les rapports destinés aux assurances perte de gain (tous deux à 59 %) arrivent en tête des tâches les plus chronophages (Figure 2). Viennent ensuite les attestations, telles que les certificats médicaux, y compris les demandes de pré-

Les assureurs et les hôpitaux appliquent les exigences des autorités; ils en sont donc rarement à l'origine.

sions (46 %), et les garanties de prise en charge (44 %). Les enquêtes nationales ou cantonales, la documentation relative à la qualité et les registres médicaux sont nettement moins souvent mentionnés.

Charge administrative injustifiée

Les médecins se montrent majoritairement critiques à l'égard de la charge administrative. Dans les cabinets médicaux et en soins somatiques aigus hospitaliers, 72 % estiment que cette charge n'est « plutôt pas » ou « pas du tout » justifiée; cette proportion atteint 76 % en réadaptation et 59 % en psychiatrie. Une grande majorité des médecins exerçant en cabinet, soit 87 %, considèrent les assureurs

comme les principaux responsables de cette charge administrative, notamment en raison de leurs demandes d'informations, de justificatifs ou d'explications complémentaires relevant de leurs tâches légales de contrôle. En soins somatiques aigus hospitaliers, les assureurs et les hôpitaux sont tenus pour responsables à parts égales, avec 43 % chacun. Dans les faits, ils ne le sont pas véritablement, car ils appliquent la plupart du temps les exigences des autorités. Ils disposent cependant d'une certaine marge de manœuvre dans la mise en œuvre concrète.

Élaborer ensemble des solutions

Le seul moyen de permettre aux médecins de se concentrer davantage sur leur mission première, à savoir soigner la population le mieux possible, est de réduire sensiblement la charge administrative. Les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent s'y atteler ensemble. Pour ce faire, un regard critique doit être porté sur les exigences et les processus en cours afin de développer des solutions susceptibles de réduire efficacement les tâches administratives. Il est donc réjouissant que les assureurs et les fournisseurs de prestations se réunissent pour trouver ensemble des propositions concrètes [4]. À l'avenir, la charge administrative devrait être prise en compte dès l'élaboration de nouvelles dispositions réglementaires et limitée au strict nécessaire. ● ● ●

Correspondance
tarife.spital@fmh.ch

Littérature

- 1 Ausserhofer D, et al. Administrative burden in Swiss nursing homes and its association with care workers' outcomes - a multicenter cross-sectional study. BMC Geriatrics. 2023; 23(1): 347
- 2 Thüler P. Moins de bureaucratie: c'est possible! Journal asmac. 2025; (1)
- 3 SSMIG. Nous traitons des personnes, pas des formulaires! 2026
- 4 Medinside. Ärzte gegen Bürokratie: Jetzt helfen auch die Versicherer (consulté le 9 avril 2026)

Environnement de travail du corps médical

Sur mandat de la FMH, gfs.bern réalise depuis 2011 une enquête représentative annuelle sur l'environnement de travail du corps médical. Les résultats détaillés sont disponibles sous www.fmh.ch > Thèmes > Tarifs hospitaliers > Recherche concommittante.

Santé numérique

Transcription assistée par l'IA: bénéfices, limites et implémentation

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

Rev Med Suisse 2026; 22: 1313-7 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.971.48780

La documentation médico-soignante représente une part croissante du temps de travail des cliniciens, réduisant le temps dédié aux patients et affectant la satisfaction personnelle. Dans ce contexte, les systèmes de transcription assistée par intelligence artificielle, ou *ambient scribing*, émergent comme des solutions visant à réduire la charge documentaire. Les données disponibles suggèrent une réduction du temps de documentation et une amélioration perçue de l'expérience des cliniciens. Toutefois, ces outils présentent également des limites, notamment un risque d'erreurs ou de génération de contenus inexacts, imposant une validation humaine systématique. Leur adoption doit s'inscrire dans une démarche structurée prenant en compte les enjeux d'intégration au dossier patient informatisé, de performance, de confidentialité, de sécurité des données et de cadre réglementaire.

AI-powered scribe: benefits, limitations and implementation

Clinical documentation accounts for an increasing proportion of clinicians' working time, reducing the time devoted to patients and affecting personal satisfaction. In this context, artificial intelligence-powered transcription systems, also referred to as ambient scribing, are emerging as potential solutions to reduce documentation burden. Several studies suggest a reduction in documentation time and a perceived improvement in clinicians' experience. However, these tools also have limitations, including risk of errors or generation of inaccurate content, necessitating systematic human validation. Their adoption should be embedded within a structured approach that considers integration with electronic health records, performance, confidentiality, data security, and regulatory framework.

INTRODUCTION

La digitalisation du dossier patient a permis une évolution majeure en matière d'accessibilité, de traçabilité et de partage de l'information clinique. Elle répond également aux exigences croissantes d'ordre réglementaires, asséculogiques et scientifiques, en facilitant l'exploitation secondaire des données à des fins de qualité, de recherche et d'enseignement.

Toutefois, cela s'accompagne d'un effet paradoxal en contribuant à une inflation des exigences documentaires qui dépassent les besoins strictement liés à la prise en charge du patient. Aujourd'hui, la documentation médico-soignante tend à atteindre, voire dépasser 50% du temps de travail dans certains contextes ambulatoires avec en conséquence, une diminution du temps consacré au patient, une perte du sens du travail clinique, une augmentation du temps de travail hors des heures prévues pour effectuer ou finaliser la documentation et finalement un risque accru d'épuisement professionnel.¹⁻³

Face à la pénurie de professionnels de santé, les systèmes de transcription assistée par intelligence artificielle (IA) émergent comme des solutions d'aide potentielles pour alléger cette charge. Toutefois, leur adoption doit reposer sur une évaluation critique distinguant les bénéfices démontrés des effets perçus. Cet article propose une clarification des concepts, une synthèse des données disponibles et une analyse des conditions d'intégration de ces outils.

DÉFINITIONS ET CONCEPTS

La transcription assistée par l'IA désigne un ensemble de technologies permettant de capter une interaction clinique en temps réel, puis d'en générer automatiquement un document structuré. Dans la littérature, elle se retrouve sous plusieurs dénominations, notamment: *ambient scribing*, *AI-scribe (technology)*, *AI-powered scribe*. Sur le plan technique, il s'agit d'un enchaînement de plusieurs étapes (figure 1):

1. Capture de la conversation via un microphone.
2. Transcription de la conversation en texte brut par reconnaissance vocale automatique (Automatic Speech Recognition, ASR).
3. Structuration du contenu textuel par des techniques de traitement de langage naturel (Natural Language Processing, NLP) incluant des modèles d'IA générative (Large Language Model, LLM).
4. Intégration automatique ou manuelle dans le dossier patient informatisé (DPI) selon le niveau d'interopérabilité de l'outil et du DPI en place.

Au-delà de cette architecture commune, deux grandes approches peuvent être distinguées (tableau 1). Les solutions de type *ambient scribing* se concentrent principalement sur la transcription assistée et la structuration du dialogue. Elles

^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
chiara.marinoni@chuv.ch | coralie.decker@chuv.ch | alberto.guardia@chuv.ch
jeremy.jankovic@chuv.ch | francois.bastardot@chuv.ch | pauline.brunner@chuv.ch



Le numérique en santé est avant tout une affaire d'organisation

Le numérique et l'intelligence artificielle transforment profondément les organisations. Ce mouvement de fond bouscule les certitudes et ouvre un champ d'innovations dont l'ampleur peut autant inspirer que dérouter.

Le système de santé s'inscrit lui aussi dans cette dynamique, mais avec retenue, car derrière un cadre réglementaire contraignant se manifeste également une difficulté à interroger des modèles établis.

Le potentiel est immense. Les résultats, eux, se font attendre. Jamais l'innovation numérique n'a été aussi foisonnante, jamais les outils aussi nombreux, et pourtant, leur contribution reste marginale. Développées au gré des opportunités, portées par des logiques de marché ou des initiatives isolées, ces solutions s'accumulent plus qu'elles ne s'articulent. En conséquence, ces initiatives peinent à converger vers une transformation cohérente et efficace du système de santé. Ce constat ne traduit pas un déficit technologique, mais une faiblesse plus profonde: celle de la gouvernance numérique du système de santé, fragmenté entre législations fédérale et cantonale, logiques institutionnelles et professionnelles, ou encore intérêts industriels.

Or, au regard des investissements considérables à venir dans ce secteur, des délais de déploiement et des défis d'appropriation, il n'est plus possible d'avancer sans cadre systémique régulé, simplement en espérant qu'un ensemble cohérent émerge spontanément. Sans vision ni règles communes, le numérique risque d'absorber des ressources considérables tout en retardant les transformations dont notre système de santé a pourtant un besoin urgent.

L'évolution numérique du système de santé relève ainsi avant tout d'un enjeu collectif qui appelle une volonté politique forte. Là où une solution isolée répond à un besoin précis, il est nécessaire d'adopter une approche collective afin de créer des standards communs. La valeur ne repose alors plus sur chaque solution prise

séparément, mais sur la cohérence et l'efficacité de l'ensemble du système.

Une efficacité qui dépendra de la capacité à créer des conditions-cadres permettant d'organiser le développement du système. Au niveau macro, une vision politique lisible, partagée et légitime doit permettre de définir les règles communes et l'architecture d'ensemble du système, guidée par l'intérêt collectif. Au niveau méso, des organisations comme les réseaux de soins, doivent être en mesure de traduire cette vision en cadres opérationnels adaptés aux réalités institutionnelles et territoriales. Enfin, au niveau micro, des usages numériques doivent être capables de s'intégrer de manière pertinente dans les pratiques professionnelles et les parcours de soins.

La prise de conscience progresse, mais lentement.

Des initiatives émergent au niveau fédéral comme le programme DigiSanté, qui vise à coordonner la transformation numérique par la définition de standards com-

muns. En Suisse romande, le Groupe santé digitale romand s'inscrit dans cette même volonté en constituant un espace de concertation pour favoriser l'alignement des acteurs et promouvoir des solutions réellement utiles pour les patients, les professionnels et le pilotage du système.

À l'échelle régionale, des initiatives comme celles du réseau Delta avec le GHOL à Nyon ou du canton de Genève montrent l'intérêt de penser collectivement le numérique dans des nouveaux modèles organisationnels. Là où des projets indépendants produisent souvent des outils peu compatibles et des parcours fragmentés, alourdissant le quotidien des professionnels, une approche commune connecterait les systèmes et fluidifierait la circulation de l'information entre les acteurs. Ainsi, le numérique renforcerait la cohérence du système dans son ensemble, améliorerait la continuité des soins, réduirait les doublons administratifs et faciliterait une prise en charge mieux coordonnée. Ces démarches

constituent une opportunité d'anticiper l'évolution du financement avec EFAS dès 2028 et d'en renforcer les capacités de pilotage et d'économie du système de soins.

Le numérique en santé est un levier important de transformation, mais à lui seul, il ne suffit pas: l'enjeu est avant tout organisationnel. En effet, la valeur d'un outil numérique ne réside pas tant dans la technologie elle-même, aussi performante soit-elle, que dans sa capacité à s'inscrire dans un cadre organisationnel commun. Sans ce cadre, les outils restent dispersés et peinent à produire des effets à l'échelle du système. Le numérique devient alors un empilement d'initiatives, ajoutant de la complexité sans produire la transformation attendue.

UNE APPROCHE
COMMUNE
CONNECTERAIT
LES SYSTÈMES ET
FLUIDIFIERAIT LA
CIRCULATION DE
L'INFORMATION
ENTRE LES
ACTEURS

DR DORIAN SCHALLER

Réseau Delta
Centre médical de Vésenaz
Rte de Thonon 42
1222 Vésenaz
dorian.schaller@reseau-delta.ch



Lindsey Vonn aux JO, quels messages sur la gestion du risque pour nos patients?

Pr JACQUES MENETREY et Pr VINCENT GREMEAUX

Rev Med Suisse 2026; 22: 1239 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.970.48904

Articles publiés
sous la direction de

**JACQUES
MENETREY**

Centre de médecine
du sport et de
l'exercice
Swiss Olympic
Medical Center
Hirslanden Clinique
La Colline
Genève

et

Service de chirurgie
orthopédique
Hôpitaux
universitaires de
Genève

**VINCENT
GREMEAUX**

Centre de médecine
du sport
Swiss Olympic
Medical Center
Division de médecine
physique et
réadaptation
Département de
l'appareil locomoteur
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

et

Institut des sciences
du sport
Université de
Lausanne

La participation de la skieuse Lindsey Vonn aux Jeux Olympiques de Milan-Cortina, moins de 10 jours après sa rupture du ligament croisé antérieur gauche à Crans-Montana, a suscité autant d'admiration que d'interrogations. Si le rôle de sa blessure dans la survenue de son accident, touchant sa jambe gauche, reste débattu, mais certainement significatif, sa décision de concourir constitue un cas d'école. Il démontre une fois de plus les capacités de résilience des sportifs d'élite, mais véhicule toutefois des messages ambivalents à destination de nos patients. Ceci illustre bien les choix toujours difficiles dans la gestion du risque de retour aux sports dangereux.

Il convient de rappeler que, pour ce type de cas extrêmes, les recommandations médicales manquent cruellement de données «evidence-based», les décisions reposant quasi exclusivement sur l'expérience des médecins spécialisés dans le sport en question et l'analyse contextuelle. Même s'il a été outrageusement médiatisé, commenté et discuté par de nombreux vrais et faux experts, ce cas n'est pas transférable à la pratique quotidienne et à la grande majorité de nos patients. Il s'agit d'une athlète professionnelle, aux qualités hors du commun, bénéficiant d'un entraînement optimal depuis des mois, totalement concentrée sur son objectif ultime qui était la descente des Jeux Olympiques, peut-être surmotivée par la saga de sa «story», bref, bien loin de la réalité de nos patients classiques. Il faut savoir que le ski de compétition à ce niveau n'a rien à voir avec le sport pratiqué même par les bons skieurs de nos régions. Dans la pratique clinique, aucun patient ne nécessite une reprise si précoce et une telle prise de risque, qui ne paraît acceptable que dans le contexte du sport professionnel.

Dans tout autre contexte, notre devoir de professionnel de santé est de mesurer par tous les tests disponibles et validés le degré de récupération et les capacités physiques et psychologiques du patient. Il s'agit ensuite de l'informer dans le détail des exigences du sport concerné et de l'impliquer dans le processus de prise de décision partagée. Ce processus exige que le médecin connaisse

très bien les contraintes du sport en question et soit capable de corréler le degré de récupération du patient aux spécificités de sa pratique sportive, afin de le guider sur le chemin d'une reprise progressive et sûre. Dans le sport professionnel, le médecin fournit les informations médicales objectives sur la pathologie, reconnaît

explicitement les incertitudes médicales et délimite précisément les risques de complications majeures et de nouvelles blessures. Ce modèle ne consiste pas à donner un «chèque en blanc» à l'athlète, mais à développer un véritable partenariat: le médecin aide le sportif à déterminer le meilleur rapport bénéfice/risque pour sa situation clinique spécifique.

In fine, c'est l'athlète qui, éclairé sur les conséquences potentielles, assume la responsabilité physique et psychologique de sa décision. Au-delà du cas extrême discuté ici, la pertinence et l'expérience du praticien sont des éléments essentiels pour savoir adapter son langage et ses messages à la réalité de chaque patient.

Nous vous souhaitons bonne lecture de ce numéro de médecine du sport et vous encourageons, au-delà des éléments discutés ci-dessus, à prévenir plutôt qu'à guérir!

**LE MÉDECIN AIDE
LE SPORTIF À
DÉTERMINER LE
MEILLEUR RAP-
PORT BÉNÉFICE/
RISQUE POUR SA
SITUATION**



Articles publiés
sous la direction de

CÉDRIC LE CAIGNEC

Service de médecine
génétique
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

**MARC
ABRAMOWICZ**

Service de médecine
génétique
Hôpitaux
universitaires de
Genève

Médecine génétique, une spécialité transversale en pleine expansion

Pr CÉDRIC LE CAIGNEC et Pr MARC ABRAMOWICZ

Rev Med Suisse 2026; 22: 1195-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.969.48829

Souvent méconnue du grand public, parfois même de la communauté médicale, la médecine génétique est une spécialité relativement récente dont la formation a été structurée dans les années 2000 sous l'égide de l'Institut suisse pour la formation postgraduée et continue (ISFM) et de la Société suisse de génétique médicale. Elle concerne des patients de tous âges, de la période prénatale à l'âge adulte, chez qui une maladie d'origine génétique est suspectée, et qui sont adressés en consultation de génétique médicale par nos collègues de différentes spécialités ou par leurs médecins de premier recours. Les domaines dans lesquels les médecins généticiens exercent leur activité sont variés. Les patients peuvent présenter un trouble du neurodéveloppement ou une maladie cardiaque, rénale, métabolique, oncologique, neurologique, ophtalmologique, osseuse, vasculaire possiblement monogénique. Une anomalie échographique fœtale peut également conduire à une consultation génétique et à la réalisation d'analyses génétiques prénatales. La médecine génétique est une discipline transversale, étroitement intégrée aux autres spécialités.

Les progrès du séquençage de l'ADN ont révolutionné la médecine génétique au cours des 15 dernières années. Alors que les possibilités de séquençage se limitaient à l'analyse de quelques gènes, ces avancées techniques et la chute concomitante des coûts associés permettent aujourd'hui de séquencer en routine diagnostique plusieurs milliers de gènes en parallèle. Ce séquençage est désormais pris en charge par la LAMaL pour certaines indications (par exemple, le séquençage de gènes de prédisposition aux cancers). Le rendement diagnostique de ce séquençage à «haut débit» est variable selon l'indication. Particulièrement élevé dans les rétinopathies (70% de diagnostics moléculaires),¹ il est plus faible (10-15% de diagnostics moléculaires)

chez les patients avec trouble du spectre autistique non syndromique.² Ces avancées contribuent à réduire l'errance médicale, source d'incertitude et d'anxiété pour les patients, mais également de coûts liés à la multiplication des consultations spécialisées et des examens complémentaires.³ Un diagnostic clinique et moléculaire précis permet également un conseil génétique adapté, d'optimiser le suivi médical et, de plus en plus, ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques.

**LA MÉDECINE
GÉNÉTIQUE EST
UNE DISCIPLINE
TRANSVERSALE
INTÉGRÉE
AUX AUTRES
SPÉCIALITÉS**

Ces analyses génétiques à haut débit posent néanmoins de nouveaux défis. L'un d'eux est la difficulté d'interprétation de certains variants génétiques. Les connaissances ne sont parfois pas suffisantes pour interpréter avec certitude un variant génétique qui est alors classé comme «variant de signification inconnue ou incertaine» (VUS, variant of unknown or uncertain signification). Dans ce cas, le diagnostic moléculaire n'est pas établi et ce variant n'est pas pris en considération dans la prise en charge médicale du patient. Une deuxième situation est la découverte d'une donnée incidente, c'est-à-dire l'identification d'un variant dans un gène impliqué dans une pathologie qui n'est pas en lien avec la maladie pour laquelle le patient venait en consultation. Il peut s'agir, par exemple, d'un variant pathogène dans un gène de prédisposition au cancer du sein. Ces situations doivent être anticipées au moment d'une consultation prétest. Le consentement du patient autorisant l'analyse génétique permet de formaliser ces situations.

Prévoir la sévérité clinique d'une maladie génétique reste un exercice difficile. On observe régulièrement qu'un enfant gravement atteint avait hérité le variant causal d'un parent quasi asymptomatique, ce qui démontre que la seule identification du variant ne permet pas de prédire la sévérité

Bibliographie

1
Karali M, et al. Genetic epidemiology of inherited retinal diseases in a large patient cohort followed at a single center in Italy. Sci Rep 2022 Dec 2;12(1):20815.

2
Feliciano P, et al. Exome sequencing of 457 autism families recruited online provides evidence for autism risk genes. NPJ Genom Med 2019 Aug 23;4:19.

3
Splinter K, et al. Undiagnosed Diseases Network. Effect of Genetic Diagnosis on Patients with Previously Undiagnosed Disease. N Engl J Med 2018;379:2131-9

REVUE MÉDICALE SUISSE

clinique. Cette question prend une importance particulière dans le domaine du diagnostic prénatal, qui peut conduire à une décision d'interruption de grossesse. Ici, le principe qui doit prévaloir est «d'abord ne pas nuire». Il n'est donc pas question aujourd'hui de proposer un «dépistage génétique prénatal complet» à toute grossesse sans phénotype fœtal observé ni antécédent familial héréditaire.

Parallèlement aux avancées diagnostiques, les traitements des maladies monogéniques se développent à une vitesse inédite. Pour les maladies dites «pas trop rares» (touchant plus d'un sujet sur 10000), l'industrie pharmaceutique joue un rôle moteur. Les essais randomisés et contrôlés structurent le développement thérapeutique. C'est le cas, par exemple, du traitement par thérapie génique de l'amyotrophie spinale infantile. Mais la situation est différente pour les maladies ultra rares (< 1/50000) ou nano rares (< 1/1000000). Le très faible nombre de patients rend les essais classiques impossibles. Dans ce contexte, les approches N-of-1 redéfinissent les standards de validation thérapeutique et permettent des stratégies individualisées. Elles posent néanmoins des défis éthiques, réglementaires et économiques, et des défis majeurs en termes d'accès et de remboursement, en particulier pour les thérapies très coûteuses, nécessitant souvent des démarches individualisées auprès des assureurs.

Au-delà des maladies rares monogéniques, la médecine génétique prépare des développements cliniques dans le domaine des maladies fréquentes comme la cardiopathie ischémique, le sepsis, les cancers courants, le diabète et bien d'autres. Ces maladies résultent de facteurs environnementaux et d'une prédisposition innée causée par de nombreux variants génétiques répartis en de nombreux endroits du génome. Des avancées notables s'observent dans deux directions: la prédiction des risques génétiques et la médecine de précision.

La prédiction des risques génétiques se base sur la stratification des sujets en termes de

risque polygénique pour une maladie donnée, par exemple la fibrillation auriculaire, ou le cancer du sein. Des polygenic risk scores (PRS) ont été élaborés pour de nombreuses pathologies courantes et permettent de distinguer des sujets à risque nettement plus, ou nettement moins élevé que le risque moyen de la population générale.⁴ Ceci permet de renforcer, ou éventuellement de réduire, les efforts de dépistage, par exemple par imagerie pour la prévention du cancer du sein.⁵ En termes de recherche translationnelle, l'utilité clinique se valide dans ce domaine a posteriori, par l'utilisation du PRS et la démonstration de son bénéfice dans des cohortes de patient-e-s.⁶

**LA GÉNÉTIQUE
PERMETTRA
D'OPTIMISER LES
PRISES EN
CHARGE ET LES
TRAITEMENTS**

La médecine de précision a pour but d'individualiser la prise en charge médicale ou de l'optimiser en fonction de sous-groupes de patients jusque-là traités de façon identique pour un tableau clinique donné. En effet, des présentations cliniques identiques peuvent résulter de mécanismes pathogéniques et de voies moléculaires différentes. La génétique permettra bientôt de distinguer ces sous-groupes et donc d'optimiser les prises en charge et les traitements en fonction de leur mécanismes moléculaires spécifiques. Pour individualiser la prise en charge, l'approche consistera à identifier, chez un patient donné, quelle combinaison de variants génétiques participe de sa symptomatologie clinique particulière. Les Genome Boards multidisciplinaires, forts de leur expérience actuelle dans les maladies rares, seront à même de guider les pratiques en face des causes complexes de maladies fréquentes. Ainsi, le diagnostic génétique, jusque-là cantonné à l'élucidation des causes moléculaires de maladies rares, permettra bientôt d'éclairer l'hétérogénéité mécanistique qui sous-tend les tableaux cliniques plus fréquents.

La médecine génétique est donc en pleine évolution.

Bibliographie

4
— Mars N, et al. Polygenic and clinical risk scores and their impact on age at onset and prediction of cardiometabolic diseases and common cancers. *Nat Med* 2020 Apr;26(4):549-57.

5
— Esserman LJ, et al. Risk-based vs annual breast cancer screening: the wisdom randomized clinical trial. *JAMA* 2026 Mar 3;335(9):763-74.

6
— Kumuthini J, et al. The clinical utility of polygenic risk scores in genomic medicine practices: a systematic review. *Hum Genet* 2022 Nov;141(11):1697-704.

La santé en Suisse ou le *runaway train*

Au moment de rédiger cette chronique sur notre système de santé, c'est l'image du *runaway train* qui m'est venue à l'esprit. On pourrait traduire cela par le *train fou*, mais cela ne rend pas tout à fait justice à l'image véhiculée par l'expression anglo-saxonne, qui est bien celle du train qui a échappé à tout contrôle. Ça y est? Vous avez aussi dans la tête des images de films qui mettent en scène ce thème? Des films où il y a toujours un héros qui va sauver la situation et empêcher le déraillement du train. Mais aussi, bien sûr, un ou des *bad guys*, car un train, ça ne devient pas fou tout seul, il y faut un sabotage – aujourd'hui une cyberattaque.

Pour expliquer les failles de notre système de santé, nous adorons épingler les méchants, responsables de son déraillement annoncé. Les candidats à ce rôle sont variés, selon son apparence idéologique. Il y a d'abord les pharmas, qui nous vendent des médicaments toujours plus chers et à la valeur ajoutée pas toujours évidente, ou les commercialisent à des prix prohibitifs lorsqu'ils révolutionnent réellement un domaine.^a N'empêche que les pharmas sont porteuses de progrès et d'innovation, et l'on peut espérer qu'il sera plus efficace de les moraliser que de les diaboliser. Les assureurs, en voilà de bons *bad guys*! Certes, on peut leur reprocher légitimement leur opacité, notamment dans la séparation entre la gestion de l'assurance de base et des assurances complémentaires. Mais ils ne sont pas responsables de l'augmentation du coût des primes, qui ne reflète que celle des dépenses du système. Et ils sont plutôt preneurs de l'expérimentation de nouveaux modèles de financement, même si

cela reste marginal et un peu timide. Les professionnels de santé, et bien entendu les médecins: trop de spécialistes qui font trop d'actes diagnostiques ou thérapeutiques, et pas assez de médecins de premier recours, pas assez disponibles pour les urgences.^b Les patients: qu'ils cessent de consulter pour un rien et tous nos problèmes seront résolus! Tiens, et si on augmentait leur franchise de 100 francs? Ou alors – mais pourquoi pas et alors – si on les taxait de 50 francs pour toute consultation aux urgences inutile? Lorsque l'on m'aura dit que ça ne valait vraiment pas la peine de consulter en urgence pour

POUR RELEVER LE DÉFI QUI NOUS ATTEND, NOUS DEVRONS FAIRE DES CHOIX

cette douleur à la poitrine qui n'était qu'une simple crise d'angoisse, je serai sans doute suffisamment rassuré pour payer 50 francs de ma poche, sans récriminer... Et puis n'oublions pas les migrants, qui coûtent plus cher à l'assurance-maladie que les résidents suisses (affirmation démentie récemment par un rapport de l'Office fédéral de la statistique).¹ Dans notre scénario, les méchants sont donc légion. Et le héros? Personne n'a la naïveté de croire qu'il y en aura un.

Et ce n'est peut-être pas plus mal. La santé, comme le rappelait récemment cette rubrique, est un bien collectif.² Ce bien, nous avons chacun-e la responsabilité de le promouvoir, de le préserver et de le partager équitablement. En réalité, notre système de santé n'est pas plus cher que celui de nos voisins européens (aux alentours de 11 à 12% du PIB). Mais il investit moins dans la prévention et repose sur une contribution personnelle plus élevée (les *out-of-pocket costs* qui s'ajoutent à la prime d'assurance-maladie obligatoire). Et il intègre encore très peu les concepts fondamentaux que sont la santé dans toutes les politiques publiques (*health in all policies*) et l'intrication de la santé humaine, animale et environnement (*one-health*). Pour relever le défi qui nous attend, que l'on peut résumer par la meilleure santé possible pour chacun-e, et qui passe par un accès équitable à des prestations de qualité au regard d'une population qui croît et vieillit, nous devons faire des choix. Quel socle de base pour les prestations? Quelle place pour les nouveaux traitements? Quelle part de

prévention? Comment financer les traitements des maladies rares? Quelle place pour les soins de longue durée pour nos aîné-e-s? Pour les soins palliatifs? Nous sommes chacun-e concernés et responsables. Aussi, nous devons impérativement et urgemment imaginer une plateforme de concertation qui réunisse tous les acteurs: politiques, assureurs, industriels, professionnel-les de santé, patient-e-s et citoyen-nes. Elle devra disposer d'un mandat clair et d'une voix forte pour proposer de vrais choix à notre système démocratique. Simple? Certainement non. Naïf? Peut-être. Nécessaire, sûrement! L'Académie suisse des sciences médicales organise cet automne un symposium sur ce thème.³ Venez nombreux-ses et aidez-nous à imaginer cette plateforme.

^a Voir à ce sujet l'éditorial récent du rédacteur en chef du British Medical Journal sur le lenacavir (Abbasi K. The power of the markets: the scandal that keeps on taking. BMJ 2026;393:s683.)

^b L'auteur de ces lignes s'était d'ailleurs exprimé récemment à ce sujet, souhaitant un meilleur accès aux médecins de famille en-dehors des heures de bureau, tout en précisant que cela nécessitait une réorganisation de la pratique et une valorisation financière. Les modèles existent, voir à ce sujet un récent Cortex (Schmutz T, Vix E, de Rham M. Repenser le système de santé vers un modèle plus durable. Rev Med Suisse 2026; 22: 464).

^c On attend encore à ce jour le film où le train fou est sauvé par une héroïne.

¹ Office fédéral de la statistique, 2025. Coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon la nationalité des assurés. Rapport établi sur mandat du Département fédéral de l'intérieur.

² Dominicé Dao M. La santé: un bien collectif à enseigner. Rev Med Suisse 2026;22:37.

³ Symposium de l'ASSM. Quels choix pour le système de santé. Jeudi 24 septembre 2026, Berne.

PR ARNAUD PERRIER

Faculté de médecine, Université de Genève
Fondation privée des Hôpitaux universitaires de Genève
Président
1211 Genève 14
arnaud.perrier@unige.ch

S'attaquer au Tigre de papier pour remettre le soin au centre

INTERVIEW DE LA DRE SÉVERINE OPPLIGER-PASQUALI ET DU DR DOMINIQUE BÜNZLI PAR CLÉMENTINE FITAIRE

Rev Med Suisse 2026; 22: 1232-3 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.969.49009



DRE SÉVERINE OPPLIGER-PASQUALI

Présidente de la Société vaudoise de médecine



DR DOMINIQUE BÜNZLI

Président de la Société neuchâteloise de médecine

Les médecins le répètent depuis plusieurs années: la charge administrative occupe une place croissante dans leur quotidien et empiète sur le temps consacré aux patients. Pour rendre visible cette réalité, la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) a lancé au printemps 2026 la campagne nationale «Tigre de papier¹», avec le soutien de la Fédération des médecins suisses (FMH), des sociétés cantonales de médecine et de plusieurs partenaires du système de santé. Son objectif: identifier les contraintes administratives évitables, sensibiliser les acteurs qui les génèrent et ouvrir un débat sur la simplification des processus. La Dre Séverine Oppliger-Pasquali, présidente de la Société vaudoise de médecine (SVM), et le Dr Dominique Bünzli, président de la Société neuchâteloise de médecine (SNM), reviennent sur les enjeux de cette campagne et sur le rôle des sociétés cantonales pour remettre le temps médical au service des soins.

De quel constat est née la campagne «Tigre de papier»?

Séverine Oppliger-Pasquali: Cette campagne répond à la préoccupation largement partagée par les médecins concernant la multiplication des tâches administratives qui occupent une place toujours plus importante dans notre activité. Elle s'inscrit d'ailleurs dans la continuité de l'initiative *Simplifions la santé*², lancée à la SVM en 2024. À l'époque, près de 200 médecins vaudois avaient participé à l'expérience. Grâce à un système très simple, ils pouvaient signaler les documents qu'ils considéraient comme évitables dans le suivi des patients, ou qui auraient pu être réalisés par d'autres professionnels. Cela nous a permis d'identifier des situations récurrentes et de disposer d'éléments concrets pour alimenter le dialogue avec les autorités et les partenaires du système de santé.

Dominique Bünzli: Chaque nouvelle mesure prise isolément peut paraître pertinente. Mais lorsqu'on additionne les formulaires, les attestations et les obligations administratives, on finit par créer une charge importante pour les cabinets et les institutions de santé. L'objectif de cette campagne est de mettre cette question sur la place publique et d'inviter tous les acteurs concernés à réfléchir à l'impact de leurs demandes.

Quels sont les objectifs concrets de la campagne?

D. B.: L'objectif n'est pas de remettre en cause toute forme de contrôle ou de documentation. Certaines démarches sont indispensables, par exemple, dans le cadre de l'Assurance-invalidité. En revanche, il faut se demander si chacune d'entre elles est proportionnée et apporte réellement une valeur ajoutée. Chaque fois qu'une nouvelle loi ou une nouvelle procédure est introduite, il faudrait se poser cette question simple: «Qui devra remplir le certificat ou l'attestation qui en découle?» La campagne vise à encourager cette réflexion et à interpeller aussi les responsables politiques sur l'impact concret de leurs décisions sur le terrain.

S. O.-P.: Nous souhaitons aussi sensibiliser les personnes et les organisations, sociétés sportives, employeurs, assureurs ou administrations, qui demandent ces certificats médicaux ou ces formulaires remplis par les médecins. Lorsqu'un médecin appose un autocollant «Tigre de papier» sur un document, cela ne signifie pas qu'il refuse de le remplir, mais qu'il invite simplement à se demander si cette demande est réellement nécessaire et doit obligatoirement passer par lui. L'idée était aussi que la campagne reste extrêmement simple à utiliser, car si l'on veut documenter la surcharge administrative, il ne faut surtout pas créer une charge administrative supplémentaire pour les médecins.

Quels sont les exemples les plus fréquents de paperasserie évitable?

S. O.-P.: Les certificats d'aptitude au travail demandés à l'embauche figurent parmi les exemples les plus frappants. Dans certaines situations, des personnes en bonne santé doivent consulter leur médecin uniquement pour obtenir une attestation leur permettant d'exercer leur activité professionnelle. Cela mobilise du temps médical sans véritable valeur ajoutée. Il y a également les demandes de certificats dès le premier jour d'absence pour maladie ou encore certains formulaires dont le contenu est déjà documenté ailleurs.

D. B.: Nous voyons aussi de nombreuses attestations demandées pour des remboursements d'assurances complémentaires ou pour la pratique d'activités scolaires et sportives. Derrière ces demandes se cache parfois une tendance à vouloir se dédouaner en transférant une responsabilité vers le médecin, alors même qu'une déclaration personnelle ou une autre procédure pourrait suffire.

Cette bureaucratie révèle-t-elle une forme de méfiance envers les médecins?

S. O.-P.: Beaucoup de confrères et consœurs ont le sentiment de devoir constamment justifier leurs décisions. Certaines démarches traduisent effectivement une volonté de contrôle qui peut être vécue comme une forme de défiance. Dans les relations avec les assureurs, il existe aussi une logique d'économie qui conduit à examiner de très près certaines prescriptions ou certains certificats. Cela peut donner le sentiment que l'on doute systématiquement de la pertinence des décisions médicales.

D. B.: Il faut néanmoins reconnaître que les assureurs ont un rôle de surveillance à exercer. La question n'est pas de supprimer tout contrôle mais de trouver le bon équilibre. Nous devrions pouvoir distinguer les demandes utiles de celles qui mobilisent des ressources sans bénéfice tangible.

Quelles sont les conséquences de cette surcharge sur les soins?

D. B.: Le temps consacré à l'administratif est du temps qui n'est pas accordé aux patients. Lorsqu'un médecin doit terminer sa journée à une heure raisonnable, chaque heure gagnée sur la paperasse peut se traduire par davantage de disponibilité pour les soins.

S. O.-P.: La surcharge administrative peut aussi avoir un impact sur la qualité de vie professionnelle. Beaucoup de médecins ont choisi ce métier pour exercer une activité clinique. Lorsque la bureaucratie prend une place excessive, elle devient source de frustration et contribue à l'épuisement professionnel.

Cette réalité influence-t-elle l'attractivité de la profession?

S. O.-P.: Oui, sans doute, et particulièrement chez les jeunes médecins. À l'hôpital notamment, la part du temps, estimée jusqu'à 80%, consacrée à la documentation et aux tâches administratives est devenue considérable. Cela peut donner l'impression que le contact avec les patients passe au second plan.

D. B.: Les médecins installés en cabinet après un passage en hospitalier sont souvent soulagés par la charge administrative qui s'allège. Mais même en pratique ambulatoire, cette paperasserie constitue un temps important et continue d'augmenter en permanence. C'est une vraie préoccupation dans un contexte de pénurie de professionnels.

La numérisation et l'intelligence artificielle pourraient-elles contribuer à alléger cette charge?

D. B.: Elles représentent une opportunité importante. À terme, certains rapports ou formulaires pourront probablement être

préremplis automatiquement, sous la supervision du médecin. Cela permettra de gagner du temps sur les tâches répétitives.

S. O.-P.: La technologie n'est toutefois utile que si elle simplifie réellement les processus. Aujourd'hui encore, certains outils numériques génèrent de la double saisie et donc davantage de travail. La simplification passe aussi par l'interopérabilité des systèmes.

Comment les sociétés cantonales peuvent-elles appuyer l'impact de cette campagne?

S. O.-P.: Elles ont un rôle essentiel de relais et de représentation. Elles permettent de faire remonter les difficultés rencontrées sur le terrain et de porter ces préoccupations auprès des autorités, des assureurs ou des employeurs. À la SVM, un groupe de travail consacré à la surcharge administrative a été créé afin d'identifier des pistes d'amélioration concrètes pour les cabinets. Nous participons également, par l'intermédiaire d'un représentant romand, aux réflexions menées au niveau national sur cette thématique.

D. B.: Il ne faut pas non plus sous-estimer la portée symbolique de cette campagne. Apposer un autocollant «Tigre de papier» sur un document peut paraître anodin, mais cela rend visible une réalité souvent ignorée. Pour de nombreux médecins, c'est aussi une forme de décharge mentale. L'autocollant permet d'exprimer une frustration partagée face à certaines démarches jugées inutiles, tout en interpellant leur destinataire sur les conséquences de ces demandes pour le système de santé.

Si rien ne change, à quoi pourrait ressembler l'avenir avec toujours plus de paperasserie?

S. O.-P.: Le risque est que les médecins consacrent toujours plus de temps à gérer des procédures et toujours moins à exercer leur métier. À terme, la pratique pourrait se résumer davantage à coordonner, documenter et justifier des décisions qu'à être auprès des patients.

D. B.: Nous devons nous poser une question simple: chaque nouvelle exigence administrative améliore-t-elle réellement les soins? Si ce n'est pas le cas, il faut avoir le courage de la remettre en question. Dans un contexte de pénurie, le temps médical est une ressource précieuse.



1 www.snm.ch/actualites/campagne-ssmig-un-tigre-de-papier
2 www.simplifions-la-sante.ch

UNE SURCHARGE ADMINISTRATIVE OMNIPRÉSENTE

Dans le cadre de sa campagne «Tigre de papier», la SSMIG a interrogé 1856 professionnels de santé à travers la Suisse.¹

L'enquête montre que les tâches administratives inutiles occupent une place croissante dans le quotidien médical et réduisent le

temps consacré aux patients. Parmi les principales sources de surcharge figurent les demandes répétées des assureurs, la double documentation liée à des systèmes informatiques non compatibles et la mise à jour manuelle des listes de médicaments.

Au-delà du constat, la campagne vise également à promouvoir des solutions concrètes pour simplifier le travail administratif des

médecins. Son site internet propose notamment différents outils et modèles destinés à faciliter les échanges administratifs, y compris la correspondance électronique.

Pour en savoir plus sur la Campagne Tigre de papier et commander gratuitement des autocollants: www.snm.ch/actualites/campagne-ssmig-un-tigre-de-papier

Les réserves des caisses maladie devraient jouer leur rôle d'amortisseur

DR PHILIPPE EGGIMANN, DR BERTRAND JACOT-DESCOMBES, BENOÎT NECSERU, DR MICHEL MATTER, DRE SÉVERINE OPPLIGER-PASQUALI, DR DOMINIQUE BÜNZLI, DRE JESSICA COLOMBE, DRE ANOUK OSIEK MARMIER ET DR NICOLAS KIRCHNER

Rev Med Suisse 2026; 22: 1423-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.973.49359

Alors que les premières estimations concernant les primes 2027 commencent à circuler, le comité de la Société médicale de la Suisse romande (SMSR), conteste l'idée qu'une nouvelle forte hausse serait inévitable. Selon lui, les données disponibles à ce stade ne permettent pas de la justifier. Entre prévisions encore fragiles, réserves des assureurs et mécanismes de neutralité des coûts liés à TARDOC, il estime qu'une augmentation de 2 à 2,5% devrait constituer un maximum.

Pourquoi estimez-vous qu'une forte hausse des primes ne serait pas justifiée?

SMSR: Parce qu'à ce jour, nous ne disposons d'aucun élément suffisamment solide permettant d'annoncer une nouvelle envolée des primes. Les premières données 2026 publiées par l'OFSP montrent certes une hausse des coûts, mais pas dans les proportions avancées par certaines prévisions.¹ Elles restent par ailleurs incomplètes, notamment en raison des retards de facturation liés à l'introduction de TARDOC. Annoncer dès maintenant une forte augmentation repose donc largement sur des extrapolations.

Remettez-vous en cause la manière dont les primes sont calculées?

SMSR: Oui, car le décalage entre le moment où les primes doivent être fixées et celui où les coûts sont définitivement connus pose un problème. Les données consolidées ne sont disponibles que bien après la fin de l'exercice comptable: celles de 2024, par exemple, n'ont été publiées qu'en janvier 2026.² Or les primes 2027 doivent être calculées durant l'été 2026 et annoncées en septembre.

Elles sont donc nécessairement fondées sur des données encore partielles et sur des hypothèses. ce qui nous interpelle, c'est que les hausses finalement annoncées suivent souvent assez étroitement les prévisions formulées plusieurs mois auparavant par les experts, alors que l'évolution réelle des coûts peut ensuite s'en écarter sensiblement (figure 1). Pour 2027, les premières prévisions ont été publiées dès le 12 mai 2026.³ Davantage de transparence sur les hypothèses qui sous-tendent ces estimations serait souhaitable.

Une partie de la hausse des coûts est-elle néanmoins inévitable?

SMSR: Bien sûr. Le vieillissement de la population, les progrès médicaux et l'augmentation des besoins de soins exercent une pression structurelle sur les dépenses. Nous pouvons en contenir la progression, mais pas espérer les faire durablement diminuer.

Il faut toutefois distinguer l'évolution des coûts de santé de celle des primes qui augmentent presque deux fois plus rapide-

ment. Une partie de la progression des primes s'explique notamment par le transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. Jusqu'à présent, l'ambulatoire est entièrement financé par l'assurance obligatoire, contrairement au stationnaire, cofinancé par les cantons. La réforme du financement uniforme, EFAS, devrait progressivement corriger cette distorsion à partir de 2028.

Quels leviers permettraient de freiner les dépenses?

SMSR: Il faut avant tout agir sur les incitatifs. La démarche *Smarter Medicine* peut contribuer à éviter des examens ou des traitements qui n'apportent pas de bénéfice réel au patient. Mais cela suppose aussi de mieux valoriser le temps consacré par les médecins, notamment de premier recours, à expliquer pourquoi un examen supplémentaire ou un traitement n'est pas toujours nécessaire.

TARDOC doit également permettre de corriger certains déséquilibres hérités de TARMED: réduire la rémunération de prestations surévaluées et mieux valoriser celles qui étaient insuffisamment rémunérées. C'est en corrigeant les incitations inappropriées que l'on peut agir durablement sur les coûts.

Quelle hausse devrait, selon vous, constituer un maximum en 2027?

SMSR: Avec l'introduction de TARDOC, l'évolution des coûts ambulatoires est soumise à un mécanisme de neutralité: un dépassement des objectifs fixés à une hausse maximale de 1,5% devra entraîner ultérieurement des corrections tarifaires. Cela change la perspective.

Si une partie d'une éventuelle hausse excessive des coûts en 2026 doit être compensée par la suite, il est difficile de justifier qu'elle soit immédiatement et intégralement répercutée sur les primes des assurés. En tenant compte de l'évolution des autres coûts de l'AOS, une hausse des primes de l'ordre de 2 à 2,5% nous paraît constituer un maximum défendable.

Les réserves des assureurs devraient-elles être utilisées?

SMSR: Oui. C'est précisément l'une de leurs fonctions: jouer un rôle d'amortisseur.

Jusqu'ici, l'argument était que puiser dans les réserves pour limiter ponctuellement les primes ne changeait rien à la progression structurelle des coûts. Avec les mécanismes de neutralité accompagnant l'introduction de TARDOC, la situation est différente: si une progression excessive des coûts ambulatoires doit ensuite être corrigée tarifairement, les réserves peuvent permettre d'absorber temporairement une partie du décalage plutôt que de le répercuter immédiatement sur les assurés.

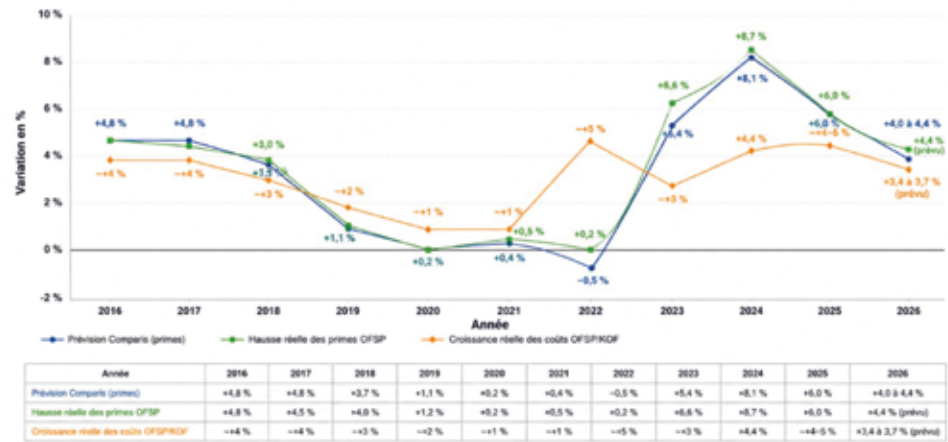
Il existe par ailleurs une asymétrie qui mérite d'être discutée. Lorsque les réserves deviennent insuffisantes, par exemple

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

FIG 1 primes et des coûts de la santé en Suisse (2016-2026)

Prévu: valeur prévisionnelle.



(Sources: Comparis (prévisions), OFSP (statistiques de l'assurance-maladie, hausse réelle des primes), OFS/KOF (croissance réelle des coûts de la santé)).

après de mauvaises performances des marchés financiers, leur reconstitution exerce une pression supplémentaire sur les primes. En revanche, lorsqu'elles sont abondantes, leur effet modérateur sur les primes est très limité. C'est cette asymétrie qu'il faudrait corriger.

Quel impact TARDOC et le plafond prévu sur les prestations médicales facturables pourraient-ils avoir sur les primes?

SMSR: Il est encore trop tôt pour mesurer précisément l'effet de TARDOC. Les données 2026 restent incomplètes, en particulier pour l'ambulatoire hospitalier, et les retards de facturation compliquent leur interprétation. Il faudra disposer des chiffres consolidés avant de tirer des conclusions.

TARDOC doit avant tout corriger un système tarifaire devenu obsolète, dans lequel certaines prestations étaient surévaluées et d'autres insuffisamment rémunérées.

Quant au plafond des prestations médicales facturables introduit dans la LAMal, moins de 12 mois après le refus de l'initiative qui visait à plafonner les dépenses de santé, il ne devrait concerner qu'une petite proportion des médecins et son effet global sur les primes devrait donc rester marginal. La question

qu'il pose est surtout celle de son principe. Il introduit un mécanisme de limitation de l'activité médicale qui comporte un risque de rationnement des prestations, dont l'application serait finalement reportée sur les prestataires et leurs patients. Pour maîtriser durablement les coûts, il nous paraît plus efficace de corriger les valorisations héritées de Tarmed et les déséquilibres tarifaires que de fixer arbitrairement une limite à l'activité médicale.

- https://www.bag.admin.ch/fr/news/bkOveAqFEKQ_lyWJ6Y2qGA
- <https://www.bag.admin.ch/fr/statistique-de-l-assurance-maladie-obligatoire>
- Prévisions des primes d'assurance maladie 2027: hausse de 3,7%

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE:
DR PHILIPPE EGGIMANN (SMSR), DR BERTRAND JACOT-DESCOMBES (SMSR), BENOÎT NECSERU (SMSR)

PRÉSIDENT-E-S DES SOCIÉTÉS MÉDICALES CANTONALES:
DR MICHEL MATTER (GE), DRE SÉVERINE OPPLIGER-PASQUALI (VD), DR DOMINIQUE BÜNZLI (NE), DRE JESSICA COLOMBE (VICE-PRÉSIDENTE JU), DRE ANOUK OSIEK MARMIER (FR) ET DR NICOLAS KIRCHNER (VS)



Articles publiés
sous la direction de

**MALLORY MORET
BOCHATAY**

Service des soins
intensifs et médecine
interne
Groupement
hospitalier de l'Ouest
lémanique
Nyon

OMAR KHERAD

Service de médecine
interne
Hôpital de La Tour
1217 Meyrin/Genève

Aristote, sauveur de la médecine

Dre MALLORY MORET BOCHATAY et Pr OMAR KHERAD

Rev Med Suisse 2026; 22: 1371-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.973.49017

L'attrait pour la profession médicale semble décliner. Les témoignages, enquêtes et écrits publiés ces dernières années dressent un tableau préoccupant: d'une profession hautement valorisée, tant sur le plan sociétal qu'intellectuel, la médecine est désormais souvent décrite par les internes en formation comme un travail fastidieux, alourdi par des tâches administratives omniprésentes, sources de perte de sens et de désillusion.

De nombreuses explications sont avancées pour rendre compte de ce désenchantement: temps passé devant l'ordinateur, lourdeur du système de santé, pression de l'efficacité économique. Mais l'une d'elles revient avec une constance frappante: le sentiment de ne plus avoir le temps d'être avec le patient.

Les solutions mises en place pour lutter contre ce problème ont engendré des modifications structurelles dans l'organisation quotidienne, visant à réduire la charge administrative et à gagner en efficacité. Sont cités ici les check-lists utilisées pendant la visite médicale, le respect strict des horaires de travail et le soutien de l'intelligence artificielle (IA) pour la rédaction de rapports médicaux. Une étude récente du CHUV montre ainsi qu'une préparation renforcée des internes avant les visites de médecine interne réduit la durée de celles-ci et améliore l'efficacité globale.¹ Si ces changements sont nécessaires et positifs pour le vécu global de la charge de travail, ils peuvent toutefois porter en eux un effet paradoxal: en optimisant le temps, ils risquent de comprimer précisément ce qui donne sens à notre métier: le contact humain, l'observation, la présence au chevet du patient.

C'est dans cet espace, justement, que réside une réponse complémentaire: celle de l'éton-

nement. Savoir s'arrêter devant un signe clinique inattendu, laisser une anamnèse particulière susciter la curiosité, accepter le doute face à une histoire dont la conclusion ne «colle» pas, autant de postures qui ne s'apprennent ni dans les livres, ni en cours magistral, ni par l'IA. Aristote le décrivait déjà: l'étonnement est le point de départ de toute recherche, la source première du savoir.

C'est précisément l'enseignement au lit du malade qui offre le cadre privilégié de cette transmission. Injustement relégué au rang de

pratique archaïque, il demeure pourtant le cœur de notre activité. L'observation clinique, décrite depuis des siècles par nos prédécesseurs, a perdu de son attrait face à la multiplication des examens complémentaires hautement technologiques. Elle n'en reste pas moins fondamentale pour le raisonnement clinique, le diagnostic et le suivi thérapeutique. Les patients eux-mêmes apprécient ce temps de présence: le stéthoscope, la palpation, le regard posé sur eux dépassent leur seule valeur diagnostique pour devenir des actes de confiance, des gestes qui tissent le lien et posent les bases de la relation thérapeutique.

Un article de revue récemment publié dans le *New England Journal of Medicine*² rappelle toute la richesse de cet enseignement et propose des stratégies concrètes pour en revitaliser la pratique. Les auteurs soulignent notamment que l'accompagnement des apprenants au chevet, la démonstration et la correction des gestes en temps réel sont perçus comme particulièrement enrichissants pour le patient, pour l'apprenant, et pour le superviseur lui-même.

Ce rôle de superviseur mérite d'être pleinement reconnu. Comme le soulignait récem-

**L'ÉTONNEMENT
EST LE POINT DE
DÉPART DE TOUTE
RECHERCHE,
LA SOURCE
PREMIÈRE DU
SAVOIR**

Bibliographie

1
—
Garner A, et al. Impact of increased resident preparation time on internal medicine rounds in a tertiary teaching hospital: a time-motion study with a before-and-after comparison. *BMJ Open*. 2025 Jul 30;15(7):e096650. DOI:10.1136/bmjopen-2024-096650

2
—
Kraege V. Juste un morceau de sucre pour aider la médecine à se relever. *Rev Med Suisse*. 2025;21:2252. DOI:10.53738/REVMED.2025.21.943.48205

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

Bibliographie

3

Brian BT, et al.
Strategies to
reinvigorate the bedside
clinical encounter. N
Engl J Med
2025;393:2142-50. DOI:
10.1056/
NEJMra2500226

4

Regina J, Moret
Bochatay M.
Hippocrate : le retour.
Rev Med Suisse
2024;20(889):1779-80.
DOI: 10.53738/REVMED.
2024.20.889.1779

ment Vanessa Kraege, vice-directrice médicale du CHUV, les superviseurs ont une responsabilité de modèle, celle d'offrir un «morceau de sucre» susceptible de soutenir l'exercice de la médecine.³ Or cette fonction, centrale dans la formation des internes, reste encore peu valorisée et peu formalisée, loin derrière le parcours académique, sans véritable mesure fine de la qualité de la supervision au quotidien. Se faire ambassadeur de l'étonnement au lit du malade, c'est aussi redonner ses lettres de noblesse à ce travail de transmission.

Dans ce numéro dédié à l'examen clinique, cette démarche est illustrée à travers des sujets portant sur des signes cliniques et des questions fréquentes de notre pratique. C'est l'occasion pour rappeler l'existence de la rubrique «C'est bon signe» de la *Revue Médicale Suisse*,⁴ qui met en lumière la valeur diagnostique des signes cliniques au quotidien. Ces pages contribueront, modestement, à entretenir la flamme de ceux qui sont restés des enfants curieux dans l'exercice de la médecine et à en allumer de nouvelles.

Un passé inspirant?

En mai 2024, Unisanté accueillait deux historien-ne-s plongés dans de nouvelles biographies de Germaine de Staël et de Benjamin Constant. Pour ce dernier, Léonard Burnand venait de publier son ouvrage qui recevait déjà un accueil très remarqué, finaliste notamment du Prix Goncourt de la biographie.¹ Pour Germaine de Staël, Stéphanie Genand vient de faire paraître son travail et il est fort à parier qu'une réception comparable lui sera réservée.²

Cette rencontre universitaire avait trouvé son origine dans des regards croisés entre histoire et médecine, mais aussi entre biographie et santé mentale. Était-il possible de dire du neuf, en 2024, au sujet de deux personnages connus sous toutes leurs coutures grâce à leurs nombreux écrits, prises de position ou engagements politiques? Et plus précisément ici, est-ce qu'ils nous «parlent» encore à deux siècles de distance? Ces deux personnages hors du commun, qui se sont aimés et déchirés, ont vécu une période de l'histoire européenne très riche et lourde en événements (Révolution française, Terreur, Empire, Restauration). Tous deux ont été aussi des protagonistes reconnus et souvent critiqués de cette période en constante ébullition. Chacun-e à leur manière, ils ont parlé au monde, dialogué avec les têtes couronnées et les tribuns de la Révolution. Mais ils ont aussi sondé leur monde intérieur, ses tourments et en particulier les relations sentimentales. Leur exceptionnalité tient beaucoup de ce mariage intense entre réflexion philosophique, engagement politique et introspection.

Deux cents ans plus tard, les tensions du monde ne sont plus les mêmes. Elles prennent pourtant et malheureusement une intensité et une tournure que la plupart d'entre nous n'ont jamais connues. C'est dans ce sens déjà que nous pouvons évoquer une résonance avec le temps de Germaine de Staël et Benjamin Constant. Le 6 mai dernier, à l'invitation de la Fondation Jean Monnet et de l'Université de Lausanne, le Conseiller fédéral Martin Pfister disait que «l'imprévisibilité et la rapidité de la dégradation de la situation sont telles que personne ne peut anticiper

exactement ce qui nous attend dans cinq, dix ou quinze ans». Il avançait également le fait que nous avions probablement plus de peine que d'autres régions du monde à prendre la mesure de la crise actuelle parce que la Suisse est un pays tellement riche que les conséquences sont, pour le moment, très bien contenues. On peut rapprocher la clarté de ses propos et la lucidité de nos deux personnages, tant pour leur enthousiasme pour la Révolution que leur inquiétude face à la Terreur ou à la toute-puissance de Napoléon.

Le deuxième trait commun sont les valeurs que de Staël et Constant ont mis en avant d'une manière inédite pour leur temps: l'émancipation de la femme et le libéralisme au sens premier du terme, c'est-à-dire la liberté de conscience et la lutte contre l'obscurantisme religieux. Il est particulièrement inquiétant d'avoir le sentiment qu'un cycle semble se refermer sur lui-même, 200 ans plus tard, lorsqu'on prend acte des attaques explicites contre ces valeurs par des dirigeants pourtant élus démocratiquement, c'est-à-dire par l'héritage même des institutions qu'ils sabotent. Notre couple s'en retournerait dans leur tombe.

Enfin, c'est du côté des conséquences psychiques des événements actuels que Germaine et Benjamin peuvent aussi nous rejoindre. Nul mieux qu'eux n'aura autant creusé au fond de soi à leur époque, avec une sincérité désarmante dans Adolphe, que beaucoup d'entre nous ont lu adolescent-e-s. Leur engagement dans la fureur du monde trouvait son pendant dans leur manière de scruter le moindre «mouvement de l'âme» et les tourments de leurs relations amoureuses. Il embrassait littéralement tous les pans de la vie humaine et leur fragilité aussi était clairement nommée, ce qui nous les rend toujours proches, 200 ans après leur disparition. C'est peut-être là que nous pourrions les écouter à nouveau. Leur clairvoyance sur les événements du monde se doublait d'une capacité à encaisser des émotions puissantes, parfois dévorantes. Avec un éclairage psychodynamique propre à notre monde contemporain, nous pouvons voir en eux un fonctionne-

ment psychique particulièrement riche. En effet, dotés tous deux d'une intelligence exceptionnelle,² relevée par leurs proches et par les historiens, il n'y a aucune trace de projection sur un ennemi de la nation qu'il faut anéantir, alors même qu'ils traversaient des crises relationnelles d'une intensité inouïe. Stéphanie Genand décrit notamment avec une grande acuité clinique l'embrasement de Germaine pour son amant Louis de Narbonne. Mais elle nous raconte plus loin son courage dans l'écriture et la publication de *De l'Allemagne*, où elle se passionne pour la culture du pays honni et rend furieux Napoléon, d'où son bannissement de la France. Nous ne pourrions trouver meilleur exemple pour le temps présent, où l'immaturité, voire le fonctionnement pervers de plusieurs figures politiques nous laissent dans la sidération, tant ils bafouent la complexité du monde et de notre vie intérieure.

**PERSONNE NE
PEUT ANTICIPER
EXACTEMENT CE
QUI NOUS ATTEND
DANS CINQ, DIX
OU QUINZE ANS**

¹ Burnand L. Benjamin Constant. Paris: Perrin, 2022.
² Genand S. Germaine de Staël, le prix de la liberté. Paris: Perrin, 2026.

DR RÉGIS MARION-VEYRON

Psychiatre
Département des policliniques
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique
Unisanté - 1010 Lausanne
regis.marion-veyron@unisanté.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 Antoine Sébastien ACKER

Centre ASSAL SA

Av. Beau-Séjour 6, 1206 Genève

Né en 1981, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en 2018 en Suisse

Après avoir effectué ses études de médecine à l'Université de Lausanne et à l'Université de Bâle, le Dr Antoine Acker s'est formé en chirurgie orthopédique et traumatologie au CHUV, où il a notamment été chef de clinique au sein de l'unité de chirurgie du pied et de la cheville. Il a ensuite complété sa formation par un fellowship à l'Université de Colombie-Britannique à Vancouver, puis par une année de recherche à Duke University aux États-Unis. Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, avec une activité centrée sur la chirurgie du pied et de la cheville, il exerce actuellement au Centre ASSAL à Genève, où il est également impliqué dans la recherche clinique.

Dr Amr AREF

17-19 rue de la Servette, 1201 Genève

Né en 1980, nationalité Égyptienne

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse

Titre postgrade en Ophtalmologie en 2019 en Suisse

Le Dr Amr Aref est spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie. Diplômé des Universités du Caire et de Genève, titulaire de l'European Board of Ophthalmology ainsi que de plusieurs diplômes universitaires français en chirurgie réfractive, imagerie rétinienne et glaucome, il possède une solide formation internationale. Son parcours académique comprend deux doctorats en médecine consacrés à la chirurgie du glaucome. Actuellement actif en Suisse, il met son expertise clinique, chirurgicale et scientifique au service d'une prise en charge moderne et personnalisée des patients.

Dre Laura BARBOLINI

Centre médical de Carouge Centre

Rue Jacques-Dalphin 15, 1227 Carouge

Née en 1992, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2017 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse

Après avoir suivi ses études de médecine à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2017, elle a effectué sa formation de médecine interne à l'Hôpital de Nyon (GHOL), puis aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et aux Urgences de l'Hôpital de la Tour. Elle a par la suite pratiqué en tant que Cheffe de Clinique au sein du Service de médecine interne générale à l'Hôpital de Nyon puis aux HUG avant son installation prochaine en cabinet en novembre 2026.

Dre Fanny BEURCQ

1 rue Pécolat, 1201 Genève

Née en 1986, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2010 en Suisse

Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2026 en Suisse

Après avoir suivi ses études entre Bordeaux et Genève, et obtenu son diplôme de médecin en 2010, elle s'est spécialisée à l'Office Médico-Pédagogique puis aux HUG. Actuellement psychiatre et psychothérapeute de l'enfant et de l'adolescent, elle est installée en ville de Genève depuis septembre 2025.

Dre Céline BROQUET-CARRON

Hôpital de la Tour

3 Ave JD-Maillard, 1217 Meyrin

Née en 1990, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse

Titre postgrade en Gynécologie et obstétrique en 2024 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2015, elle débute une formation en gynécologie-obstétrique aux Hôpitaux Universitaires de Genève où elle effectue la plus grande partie de sa formation. Elle obtient son Doctorat en médecine en 2024, et s'installe comme spécialiste en ville de Genève en septembre 2025.

Dre Anaïs BUFFAT

Hôpital de la Tour

Avenue J-D Maillard 3, 1217 Meyrin

Née en 1991, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2015 en France
Reconnaissance en 2019

Titre postgrade en Anesthésiologie en 2020 en France

Reconnaissance en 2021

Après avoir suivi ses études de médecine à Lyon et obtenu son diplôme en 2015, elle se spécialise en anesthésie-réanimation à l'université de Strasbourg où elle obtient son diplôme en 2019. Elle poursuit ensuite sa formation aux HUG en tant que cheffe de clinique. Depuis trois ans, elle concentre sa pratique en anesthésie pédiatrique.

Dr Julien CELI

Hôpital de la Tour

Avenue J-D Maillard 3, 1217 Meyrin

Né en 1982, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2008 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2013 en Suisse

Diplômé de l'Unige en 2008, je suis spécialiste FMH en Médecine Interne Générale (2013) avec une formation approfondie en Médecine d'Urgence (2016) et titulaire d'un Doctorat en médecine (2021). Ancien chef de clinique et médecin adjoint aux Urgences des HUG, j'y conserve une activité de médecin associé au SMUR. J'exerce également comme médecin chef de service adjoint aux Urgences de l'Hôpital de La Tour

Dre Suzanne CHARTIER

HUG – Service de pathologie – CMU

1 rue Michel Servet, 1206 Genève

Née en 1991, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2020 en France

Reconnaissance en 2022

Titre postgrade en Pathologie en 2020 en France

Reconnaissance en 2022

Après des études de médecine et une formation post-grade de pathologie à Paris, j'ai exercé 3 ans comme AHU/cheffe de clinique au sein de services de pathologie clinique d'hôpitaux universitaires d'Ile-de-France (un an au sein de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, deux ans au sein de l'hôpital Bicêtre au Kremlin-Bicêtre) puis 6 mois au sein d'un laboratoire de pathologie privé (Unilabs Praxea, à Massy) avant de rejoindre depuis juillet 2024 le service de pathologie clinique des HUG, d'abord comme cheffe de clinique puis, depuis octobre 2025, comme médecin adjoint.

Dr Olivier CHATELANAT

GGHA

Rue Giovanni-Gambini 8, 1206 Genève

Né en 1988, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2014 en Suisse

Titre postgrade en Gastroentérologie en 2025 en Suisse

Le Dr Chatelanat a obtenu son diplôme fédéral de médecine à l'Université de Genève en 2014 et a poursuivi une formation en médecine interne générale aux Hôpitaux Neuchâtelois et aux HUG. Il s'est ensuite spécialisé en gastro-entérologie et hépatologie avec une formation approfondie à Paris en maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et entéropathies immuno-médiées. Détenteur des titres FMH en gastroentérologie et hépatologie ainsi

qu'en médecine interne générale, il a exercé en tant que Chef de Clinique au Service de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition aux HUG.

Dre Isabelle DEVOUGE

Centre médical Casai

Avenue Louis Casai 18, 1209 Genève

Née en 1983, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2012 en France

Reconnaissance en 2021

Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie en 2012 en France

Reconnaissance en 2021

Après des études de médecine à Paris, la Dre Isabelle Devoue a exercé plusieurs années dans les hôpitaux publics parisiens, en psychiatrie de liaison puis en psychiatrie générale. Installée en Suisse depuis 2021, elle reçoit en cabinet des adultes présentant des difficultés psychiques diverses et porte un intérêt particulier au bilan et à l'accompagnement des personnes avec un trouble du spectre de l'autisme. Formée auprès de la Swiss Insurance Medicine (SIM), elle réalise aujourd'hui des expertises psychiatriques en parallèle de son activité de psychiatre psychothérapeute.

Dr Jonathan DOUISSARD

HUG

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève

Né en 1987, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2012 en France

Reconnaissance en 2013

Titre postgrade en Chirurgie en 2020 en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme de médecin à Strasbourg en 2012, le Dr Jonathan Douissard a effectué sa formation spécialisée aux Hôpitaux Universitaires de Genève, complétée par deux fellowships au Royaume-Uni. Titulaire des certifications FMH en Chirurgie Générale et Viscérale et des diplômes Européens EBSQ en Chirurgie Colorectale et de la Paroi Abdominale, il est actuellement médecin adjoint et responsable clinique du programme de chirurgie de la paroi abdominale aux HUG.

Dr Laurent DUPUIS

Genève médecins

Chemin du Pavillon 2,

1218 Le Grand Saconnex

Né en 1975, nationalité Française

Diplôme de médecin en 2006 en France

Reconnaissance en 2017

Titre postgrade de Médecin praticien

en 2007 en France

Reconnaissance en 2017

Après avoir suivi ses études à Nancy et obtenu son diplôme de médecin en 2005, il a pratiqué la médecine libérale pendant 10 ans avant de reprendre une activité hospitalière en réadaptation, soins palliatifs. En 2020, il poursuit la réadaptation en suisse pendant trois ans à la clinique de Bois Bougy avant de se tourner vers les urgences à la clinique de Genolier pendant deux puis les urgences à domicile chez Genève Médecins. Actuellement, il poursuit sa pratique de médecine d'urgence en tant qu'indépendant toujours chez Genève médecin depuis juillet 2026.

Dr Tara FAUQUEX-BOPP

Clinique des Grangettes

Chemin des Grangettes 7, 1224

Chêne-Bougeries

Née en 1991, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2016 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2022 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2016, elle a suivi une formation aux HUG où elle a travaillé durant cinq ans comme médecin interne puis quatre années en tant que cheffe de clinique. Durant ces années, elle obtient son FMH de médecine interne puis FAI en médecine d'urgence hospitalière. Elle rejoindra la Clinique des Grangettes dès novembre 2026

Dre Nathalie FAVRE

Boulevard Favon 19, 1204 Genève

Née en 1984, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2011 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2017 en Suisse

Je suis médecin spécialiste FMH en médecine interne générale, diplômée de l'Université de Lausanne. Après une formation clinique hospitalière au CHUV et aux eHnV, notamment en médecine interne, soins intensifs,

chirurgie et médecine de premier recours, j'ai exercé comme cheffe de clinique puis médecin associée au sein des eHnV. En parallèle de mon parcours en médecine interne générale, je me suis formée en micronutrition, médecine fonctionnelle et phytothérapie médicale. J'ai également exercé en cabinet à Lausanne, avec une activité orientée vers la médecine interne générale, la prévention et l'accompagnement global des patients.

Dre Sarah GARAUD

Clos de la Fonderie 1, 1227 Carouge
Née en 1990, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2015 en France
Reconnaissance en 2016
Titre postgrade en Radiologie en 2022 en Suisse

Après avoir suivi ses études de médecine à Paris et obtenu son diplôme de médecin en 2015, elle a effectué sa spécialisation en radiologie d'abord à l'HN puis aux HUG. Actuellement, elle est installée dans le privé dans la ville de Carouge depuis 2023.

Dre Valentina GARIBOTTO

HUG
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève
Née en 1979, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2003 en Italie
Reconnaissance en 2009
Titre postgrade en Médecine nucléaire en 2008 en Italie
Reconnaissance en 2009

Docteure en médecine formée à l'Hôpital Universitaire de Gênes (2003), elle se spécialise en médecine nucléaire à l'Hôpital San Raffaele et à l'Université Bicocca de Milan, où elle soutient un doctorat consacré à l'évaluation du métabolisme cérébral du glucose et aux mécanismes de compensation dans la maladie d'Alzheimer. Un post-doctorat à Juelich (Allemagne) l'oriente vers la quantification des systèmes de neurotransmission par imagerie moléculaire. Cheffe de clinique aux HUG dès 2009, privat-docente en 2014, elle est nommée cheffe du Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire en 2021, puis professeure associée à l'UNIGE

en 2020 et ordinaire en octobre 2025. Elle assume depuis 2023 la direction du Département de radiologie et informatique médicale. Son programme, soutenu par le FNS, la Fondation Velux, Synapsis, Schmidheiny et Aetas, explore les facteurs causaux et protecteurs des maladies neurodégénératives, ainsi que le développement de nouveaux radiopharmaceutiques diagnostiques et thérapeutiques – en oncologie, cardiologie et neuroimagerie. Elle préside également le congrès de l'Association européenne de médecine nucléaire et coordonne la plateforme d'imagerie préclinique de l'UNIGE (PIPPA) ainsi que la section d'imagerie préclinique du CIBM.

Dre Joan GIL MIÑANA

Swiss Longevity Gate
54-56 rue du Rhône, 1204 Genève
Née en 1993, nationalité Espagnole
Diplôme de médecin en 2017 en Espagne
Reconnaissance en 2018
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2024 en Suisse

Après l'obtention de son diplôme de médecin en 2017, le Dr Joan Gil Miñana a effectué sa formation postgraduée en Suisse, principalement aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Spécialiste FMH en médecine interne générale, il a également développé une activité dans les domaines de la recherche clinique, de la santé publique et de la prévention, enrichie par plusieurs expériences internationales. Il exerce actuellement à Genève et poursuit un doctorat (PhD) en Global Health à l'Université de Genève.

Dre Lorraine LEBRUN

Avenue Bois-de-la-chapelle 19, 1213 Onex
Née en 1991, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2016 en Suisse
Titre postgrade en Pédiatrie en 2022 en Suisse

Lorraine Lebrun a suivi ses études à Genève et a obtenu son diplôme en 2016. Après une année de volontariat dans un centre médical pédiatrique en Haïti, elle a suivi sa formation de pédiatre au GHOL (Nyon) puis aux HUG. Elle a obtenu son FMH de pédiatrie en 2022. Elle s'installe à Onex mi-septembre 2026.

Dre Marina LUMBRERAS

Chemin de Beau-soleil 4, 1206 Genève
Née en 1984, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2014 en Suisse
Titre postgrade en Gynécologie et obstétrique en 2022 en Suisse

Après l'obtention d'un Bachelor et un Master en biologie moléculaire et cellulaire en Angleterre, elle a poursuivi ses études à Genève où elle a obtenu son diplôme de médecin en 2014. Elle a ensuite effectué sa formation en gynécologie-obstétrique aux HUG, à l'Hôpital du Jura, au GHOL et à l'hôpital du Valais. Après 6 ans comme cheffe de clinique, dont 4 ans dans le service d'obstétrique aux HUG, elle s'installe en ville de Genève en 2026.

Dre Anu MEHRA

Centre médical Qorpus Hirslanden
28 avenue de la gare des Eaux-vives, 1208 Genève
Née en 1983, nationalités Suisse et Américaine
Diplôme de médecin en 2022 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse

Après avoir effectué son internat en médecine de famille aux États-Unis, elle s'est spécialisée en gériatrie (Board Certified en médecine de famille et en gériatrie). Elle a exercé à la Boston University, puis s'est installée en Suisse, où elle a obtenu les équivalences nécessaires et complété sa formation en médecine interne générale aux Hôpitaux universitaires de Genève. Elle est actuellement spécialiste en médecine interne générale en Suisse et pratique dans la ville de Genève.

Dre Lucille Manuelle NICHOLS

Avenue J-D Maillard 1bis, 1217 Meyrin
Née en 1991, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2015 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique en 2023 en Suisse

Après ses études à Genève et l'obtention de son diplôme de médecine en 2015, elle réalise sa formation postgrade au sein des HUG et obtient son titre de spécialiste en Chirurgie Plastique, Esthétique et Reconstructive en 2023. Après avoir exercé durant 3 ans comme cheffe

de clinique universitaire, elle ouvre son cabinet à l'Hôpital de La Tour en 2027.

Dre Sindy NUNEZ GOMEZ

Maison Médicale Servette

Rue de la Servette 89B, 1202 Genève

Née en 1986, nationalités Suisse &

Hondurienne

Diplôme de médecin en 2010 à Cuba

Reconnaissance en 2017

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2024 en Suisse

Diplômée en médecine à Cuba en 2010, elle a rejoint la Suisse afin d'y poursuivre sa formation postgraduée. Entre 2014 et 2018, elle a exercé dans plusieurs établissements hospitaliers romands en chirurgie ainsi qu'en médecine interne. Spécialiste en médecine interne générale depuis 2024, elle est actuellement médecin cheffe de clinique au Service de médecine de premier recours des HUG. À partir de novembre 2026, elle s'installera en cabinet à la Maison Médicale Servette, à Genève, où elle mettra son expertise au service d'une médecine de proximité, centrée sur le patient.

Dr Otis OLELA

Groupe médical de Versoix

Chemin JB Vandelle 10, 1290 Versoix

Né en 1990, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse

Titre postgrade en Pédiatrie en 2021 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecine en 2015, il a démarré sa pédiatrie aux HJU (Delémont), avant d'effectuer l'ensemble de sa formation postgraduée aux HUG. Après quatre années de chef de clinique en soins intensifs de néonatalogie, où il devient instructeur en réanimation néonatale, il poursuit son activité comme chef de clinique en pédiatrie au GHOL (Nyon) avec le projet de rejoindre un cabinet de groupe à Versoix en novembre 2026. Parallèlement à son activité clinique, il s'investit dans la santé mondiale en initiant le projet Thermocongo/Mbotama espoir, dont l'objectif est de réduire la morbi-mortalité néonatale en Afrique subsaharienne par prévention de l'hypothermie néonatale. Ce

programme combine des actions de sensibilisation auprès du grand public (clip musical), des outils éducatifs (bande dessinée) et la formation des professionnels de la santé afin de promouvoir des pratiques simples, efficaces et fondées sur les données scientifiques.

Dr Filippo PIEROBON

Centre Assal

Avenue de Beau-Séjour 6, 1206 Genève

Né en 1987, nationalité Italienne

Diplôme de médecin en 2013 en Italie

Reconnaissance en 2016

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

Après l'obtention de son diplôme de médecine à l'Université de Vérone, en Italie, il a poursuivi sa formation postgraduée en Suisse romande, entre le CHUV, l'HFR Fribourg et Neuchâtel. 9 Titulaire du titre FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie depuis 2023, il s'est ensuite spécialisé en chirurgie du pied et de la cheville, d'abord à Monaco, puis au Centre Assal de médecine et chirurgie du pied à Genève, où il exerce depuis avril 2024.

Dre Audrey PREGERNIG-METROZ

CPO, Route de Chancy 98, 1213 Onex

Née en 1992, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne générale en 2026 en Suisse

Après avoir grandi à Genève, où elle a également effectué l'ensemble de ses études, elle a obtenu son diplôme fédéral de médecine en 2018. Elle a ensuite entrepris sa formation postgraduée en médecine interne générale à l'Ensemble Hospitalier de la Côte, notamment à l'Hôpital de Morges, où elle a exercé durant deux ans et demi. Elle a poursuivi son parcours aux Hôpitaux universitaires de Genève, d'abord au sein du Service de médecine interne pendant deux ans, puis du Service de médecine de premier recours durant deux années supplémentaires. Son installation en cabinet est prévue dès novembre 2026 à la Clinique et Permanence d'Onex.

Dre Sophie PROD'HOM

HUG, Service d'ophtalmologie

Avenue de Beau-Séjour 24, 1206 Genève

Née en 1992, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2017 en Suisse

Titre postgrade en Ophtalmologie en 2023 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2017, elle entame sa formation d'ophtalmologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève, et la poursuit à l'Hôpital Cantonal de Fribourg. Elle obtient son FMH d'ophtalmologie en 2023, puis celui d'ophtalmo-chirurgie en 2026. Actuellement cheffe de clinique aux HUG, elle est responsable de la consultation d'oculoplastie.

Dre Maria Julia RODRIGUEZ FERNANDEZ

Groupe médico-chirurgical des Trois Chêne

97-99 rue de Genève, 1226 Thônex

Née en 1970, nationalité Espagnole

Diplôme de médecin en 2015 en Espagne

Reconnaissance en 2016

Titre postgrade en Pédiatrie en 2026 en Suisse

Après avoir effectué ses études de médecine à l'Université de Gérone, en Catalogne (Espagne), la Dre Maria Julia Rodriguez Fernandez a poursuivi sa formation en Suisse, où elle s'est spécialisée en pédiatrie. Elle exerce actuellement au Service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ) du canton de Genève et développe parallèlement une activité indépendante de pédiatrie ambulatoire au sein du Groupe médico-chirurgical des Trois Chêne, à Thônex. Elle porte un intérêt particulier à la prévention, à la protection de l'enfant et à la dimension humaine et sociale de la médecine.

Dr Frédéric ROSSI-MOSSUTI

Centre médical de Vésenaz

Bâtiment Vésenaz Centre,

42 route de Thonon, 1222 Vésenaz

Né en 1978, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2004 en Suisse

Titre postgrade en Neurochirurgie en 2014 en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme fédéral de médecin, le Dr Frédéric Rossi-Mossuti s'est formé en neurochirurgie, avec une orientation

particulière vers la pathologie rachidienne. Il a exercé en Suisse romande dans des structures hospitalières et spécialisées, où il a développé une activité de consultation rachidienne, d'électroneuromyographie et d'infiltrations diagnostiques et thérapeutiques. Actuellement spécialiste en neurochirurgie, il développe son activité à Genève dans la prise en charge des douleurs rachidiennes et radiculaires.

Dr Matteo SCAMPA

HUG, Service de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique,
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève
Né en 1992, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2018 en Suisse
Titre postgrade en Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique en 2025 en Suisse

Diplômé en médecine à l'Université de Genève en 2018, il effectue un tronc commun de chirurgie générale à l'Hôpital de Fribourg puis aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Dès 2022, il se spécialise en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, obtenant son titre en 2025. Actuellement chef de clinique aux Hôpitaux Universitaires de Genève, il poursuit son perfectionnement en vue d'une installation en cabinet privé en 2028.

Dr Pauline SCIRE

Fondation Pôle Autisme
Place du cirque 2-4, 1204 Genève
Née en 1991, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2016 en France
Reconnaissance en 2022
Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie en 2021 en France
Reconnaissance en 2023 et en Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2023 en France
Reconnaissance en 2023

Diplômée en médecine de l'Université de Caen en 2016, la Dre Pauline Scire est spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'adulte ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Après une formation au sein des services universitaires de psychiatrie et de pédopsychiatrie de Rennes, elle a développé une expertise

dans le domaine des troubles du neurodéveloppement et de l'autisme. Depuis 2022, elle exerce au Centre de Consultation Spécialisé en Autisme de la Fondation Pôle Autisme à Genève, où elle réalise des évaluations diagnostiques, des suivis pédopsychiatriques et des psychothérapies d'orientation cognitivo-comportementale.

Dre Ioana Andreea SERBAN

Rue Paul Bouchet 5, 1201 Genève
Née en 1985, nationalité Roumaine
Diplôme de médecin en 2010 en Roumanie
Reconnaissance en 2024
Titre postgrade en Gastroentérologie en 2018 en Roumanie
Reconnaissance en 2024

Médecin double spécialiste avec un parcours médical européen associant l'expertise hospitalière universitaire, la gastro-entérologie spécialisée et la médecine interne. Formation en hépatologie à l'AP-HP Paris, avec expertise dans les maladies du foie, la stéatose hépatique métabolique (MASLD) et les pathologies digestives complexes.

- Formation complémentaire en endoscopie digestive interventionnelle en Italie.
- Diplômes universitaires complémentaires obtenus à Bucarest.
- Expérience en cabinet privé en France, avec prise en charge des troubles digestifs et métaboliques. Activité actuelle au sein de GBBC Health & Longevity à Genève : prise en charge globale et personnalisée des pathologies digestives et métaboliques, associant gastro-entérologie, hépatologie et médecine interne.

Dr Samuel TEKLEAB

Rue Jacques-Dalphin 15, 1227 Carouge
Né en 1992, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2019 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2026 en Suisse

Après avoir suivi mes études de médecine à Genève et obtenu mon diplôme fédéral de médecine humaine en 2019, j'ai poursuivi ma formation dans divers hôpitaux en périphérie, notamment au sein de l'hôpital de Riaz, puis au sein du

Réseau hospitalier neuchâtelois. J'ai complété la suite de ma formation au sein des HUG. En 2026, j'ai obtenu mon titre de spécialiste en médecine interne générale et je m'installerai comme médecin indépendant à Genève dès le 1^{er} novembre 2026.

Dre Chiara TESTI

Chemin des Tulipiers 24, 1208 Genève
Née en 1987, nationalité Italienne
Diplôme de médecin en 2014 en Italie
Reconnaissance en 2018
Titre postgrade en Pédiatrie en 2026 en Suisse

Après avoir achevé ses études de médecine à Florence (Italie), elle a poursuivi son parcours professionnel en pédiatrie en Suisse, au sein des Hôpitaux universitaires de Lausanne (CHUV) et de Genève (HUG). Elle s'installera prochainement à Genève en tant que pédiatre.

Dre Marjolaine UGINET

Centre Jean-Violette
Rue Jean-Violette 3, 1205 Genève
Née en 1989, nationalités Suisse et Française
Diplôme de médecin en 2015 en France
Reconnaissance en 2016
Titre postgrade en Neurologie en 2023 en Suisse

Neurologue diplômée en Suisse, elle a effectué ses études de médecine à Grenoble (entre 2009 et 2016) avant de se spécialiser en Neurologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle y a exercé comme cheffe de clinique durant 4 ans. Au-delà d'une formation approfondie en neurologie générale, son parcours lui a permis de développer une expertise particulière en neuroimmunologie avec 3 années d'activité dans ce domaine ainsi qu'en neurologie périphérique / électroneuromyographie. Ces deux surspécialités constituent aujourd'hui ses principaux domaines d'expertise.

Dre Flore VALERIO

Groupe médical de Versoix
Chemin Jean-Baptiste Vandelle 10a, 1290 Versoix
Née en 1983, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2007 en Suisse
Titre postgrade en Rhumatologie en 2022 et en Génétique médicale en 2017 en Suisse
Titulaire d'une formation ISFM en génétique médicale, puis en

rhumatologie (CHUV, St-Thomas' and Guy's Hospital à Londres, Hôpital cantonal de Fribourg), la Dre Flore Valerio a exercé comme cheffe de clinique adjointe au CHUV et à l'HFR, avant d'ouvrir son cabinet à Épalinges dans le canton de Vaud (2022-2025). Elle pratique la rhumatologie générale, avec un intérêt particulier pour les affections inflammatoires immuno-médiées. Elle a une formation complémentaire en échographie de l'appareil locomoteur certifiée SGUM.

Dre Delphine VETTERLI

Rampe de la Gare 4, 1290 Versoix
Née en 1991, 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 suivi une formation au rHNE puis aux HUG. Actuellement spécialiste en médecine interne générale, elle s'installera à Versoix en cabinet médical, en collaboration indépendante avec la Dre Chloé Chevallier.

Dr Nicolas VILLARD

Chemin Beau-Soleil 20, 1206 Genève
Né en 1986, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2013 en Suisse
Titre postgrade en Radiologie en 2019 en Suisse

Le Dr Nicolas Villard a effectué ses études de médecine à Genève (diplôme de médecin obtenu en 2013). Il s'est ensuite spécialisé en radiologie diagnostique puis en radiologie interventionnelle à Genève, Lyon, Paris et Lausanne où il a exercé au CHUV

comme médecin cadre plusieurs années avant de s'installer en août 2026 à la Clinique Générale Beaulieu.

Changement de statut Actif > Associé

Dre Vania NOGUEIRA-LOURES
au 1^{er} janvier 2026

Réadmission de membres

Dre Isabelle GRAF
au 1^{er} janvier 2027

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans :

Dre Béatrice ANDENMATTEN-TRIGONA

Dre Lorena BASSINI

Dre Maria Lucia CEDIEL CANALS

Dre Anouche GEMAYEL

Dre Yassaman GÖTTI

Dre Jessica SARKISIAN

Dre Laure THOUVENIN

depuis le 10 juin 2026

Dre Hania BERNARD-BURGAN

Dr Quentin CHATELAIN

Dre Anne-Charlotte COTTANCIN

Dr David LAUFFER

Dr Adel OUABAS

Dr Sébastien PAPIS

Dre Jennifer RIZZO

depuis le 8 juillet 2026

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Maciej ALBINSKI

Dr Alexandre BALAPHAS

Dre Marine CLAVER

Dr Jean-Baptiste DEXPERT

Dre Chloé KACZMAREK

Dr Philippe KHAU VAN KIEN

Dr Emmanuel PIGUET

Dre Caroline RAYROUX

depuis le 13 juin 2026

Dr Benoît BEDAT

Dr Benoît BORNER

Dre Marianna BROCCOLO

Dre Amandine BRUMENT (GUÉGUEN)

Dre Manon CADOUX

Dre Hiba EL MASRI

Dre Hélène GAITZSCH

Dr Pouya HASHEMI

Dr Wolfram KARENOVICS

Dr Alex Augustin KODIYAN

Dr Aurélien LATHUILLIERE

Dre Virginie MORITZ

Dr Quang Duy TRAN

Dr Djelloul ZAIR

depuis le 11 juillet 2026

Membres annonçant un titre de spécialiste supplémentaire

Dr Francesco ARTALE

Médecine interne générale, a désormais également le titre de spécialiste en Chirurgie vasculaire.

 **GE-MED**
GENÈVE-MÉDECINS

022 754 54 54

Visites à domicile 24/7

Urgences palliatives

Centre de formation ISFM/FMH



Membres en congé

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

Dre Cemile ATAMAN

au 1^{er} juillet 2026 (pour 2 ans)

Dre Lyat PEREZ

au 1^{er} janvier 2027 (prolongation d'1 an)

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):

Dre Bernadette MAITRE

Dre Viktorie SENDERSKY

au 1^{er} janvier 2027

Membres seniors

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

Dr Etienne GRANDJEAN

au 1^{er} janvier 2026

Dre Aude BETTEX

Dre Franca CAVALLERO

Dr Patrick-Jeff DELEVAL

Dr Prosper DUBOULOZ

Dre Sophie DURIEUX-PAILLARD

Dre Françoise JENNI

Dr André KOHLER

Dre Florence LIMACHER

Dre Florence MAGGI DUVERNAY

Dre Marie-Pascale PACCOLAT

Dr Marc PECHERE

Dr Alexandre RESTELLINI

Dr Claude RIEDER

Dr Thierry SELZ

Dre Nathalie STEINER COLLET

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 Dusan PETROVIC

Dre Heidrun STADALI ULLRICH

au 31 décembre 2025

Dr Frédéric BENOIT-GONIN

Dr Photis BERIS

Dre Corinne ERNI PAUMATHIOD

Dre Marie-Luce FEUILLADE

Dre Annick VEILLARD

Dr Frédéric ZYSSET

au 31 décembre 2026.

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Le Dr Alexandre BALAPHAS

consulte désormais au Cabinet médical du Corbusier CMCo, 18 rue le Corbusier, 1208 Genève

La Dre Sharare

BAUMGARTNER-NADERI

consulte désormais au Cabinet médical de Puplinge, rue de Frémis 22, 1241 Puplinge

Le Dr Philippe BITTAR

consulte désormais au 1 avenue Miremont, 1206 Genève

Le Dr Pascal CHATELAIN

consulte désormais à Hirslanden Clinique des Grangettes, 7 chemin des Grangettes, 1224 Chêne-Bougeries

Le Dr Michael CUNNINGHAM

ne consulte plus au 6 avenue de Champel, 1206 Genève

Le Dr Ahmed ELAMLY

consulte désormais au 19 Boulevard Georges Favon, 1204 Genève

Le Dr Pascal GACHE

consulte désormais au 4 Clos Belmont, 1208 Genève

La Dre Carla GRANIERI

consulte désormais à la Maison Médicale Balexert, 27 avenue Louis-Casaï, 1211 Genève

Le Dr Félix HARTER

consulte désormais au Cabinet médical de Puplinge, rue de Frémis 22, 1241 Puplinge

Le Dr Philippe HUGUELET

consulte désormais au Cabinet médico-psychologique des Cavaliers, Rue des Cavaliers 5, 1224 Chêne-Bougeries

La Dr Nathalie JEANNET-PETER

ne consulte plus au Centre des allergies et de l'asthme de la Terrassière

Le Dr Cem KAPANCI

consulte désormais au 11 chemin Jules-Vüy, 1227 Carouge

Le Dr Hamid MEHENNI

consulte désormais au 15 rue du Jeu-de-l'Arc, 1207 Genève

La Dre Natacha PREMANG

consulte désormais au 30 rue de Carouge, 1205 Genève



DEPUIS 1984 - GENÈVE

La Fiduciaire Gespower offre un encadrement professionnel d'aide à la gestion de votre entreprise ou de votre cabinet médical, secteur dans lequel elle est fortement impliquée.

NOS PRINCIPAUX SERVICES

- ✓ Création / reprise de sociétés & cabinets médicaux
- ✓ Business plan
- ✓ Bilans & fiscalité

- ✓ Gestion comptable
- ✓ Gestion des salaires

La Dre Tatiana RUDISUHLI

ne consulte plus au 2 Place Pont-Rouge, 1212 Grand-Lancy, elle consulte désormais uniquement au 8bis, avenue des Communes-Réunies, 1212 Grand-Lancy

Le Dr Philippe VANDEPLAS

consulte désormais au 2 chemin du Pavillon, 1218 Grand-Saconnex

La Dre Muriel VIRET

consulte désormais au 16 Rue François-Perréard, 1225 Chêne-Bourg

Le Dr Richard VUAGNIAUX

consulte désormais au Cabinet thérapeutique des Philosophes, 15 Bvd des philosophes, 1205 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès de

Dre Anne DIAS-GRETILLAT

survenu le 30 juin 2026

Prof. André ROTH

survenu le 27 août 2026

Dr Hervé LAMBERT

survenu le 27 août 2026

Dr Dumitru LACATIS

survenu le 13 septembre 2026

Dr Luc PAUNIER

survenu le 10 septembre 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

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%