11/2026
N° 46

la lettre



3
Éditorial
De fédéral à fédérateur

7
Actualités novembre 2026
Le mois dernier l'AMGe a…

10
Revue de presse
Extraits

15
Membres

AMGe
association
des médecins
du canton
de genève



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

De fédéral à fédérateur

L'image utilisée pour débuter son propos lors de la journée des délégués tarifaires de la FMH à Berne le 12 novembre dernier est révélatrice : le Palais fédéral sous des nuages de plus en plus noirs. Yvonne Gilli, présidente de la Fédération suisse des médecins (FMH), a démontré la pression de plus en plus accrue que vont subir les médecins lors des prochains mois et années en raison de décisions politiques dans la Berne fédérale. Les attaques vont dans tous les sens et nul d'entre-nous ne peut se prévaloir d'être à l'abri face à ces menaces concrètes.

Commençons par le plus énorme de tous, le budget global imposé par le Conseil fédéral qui a décidé, unilatéralement, de mettre un plafond maximal de 4% sur la hausse des coûts médicaux ambulatoires facturés à l'assurance de base. Ce couvercle de 4% est une intervention directe dans le tarif médical Tardoc, approuvé pour 2027, par le Département fédéral de l'Intérieur (DFI), ce qui est extrêmement rare. La réaction de la FMH mais aussi de la faîtière des hôpitaux (H+) ne s'est pas fait attendre. C'est à l'unanimité de la dernière Chambre médicale de la FMH du 5 novembre que la position du corps médical a été arrêtée. Véritable déni de démocratie, il faut se rappeler le rejet par le peuple d'un budget global (initiative frein aux coûts) le 9 juin 2024 par un vote clair de plus de 60% des voix. Un peu plus de deux ans après, c'est le Conseil fédéral qui veut imposer une limite à la croissance annuelle des coûts de la médecine ambulatoire. Cette limite est jugée par la FMH totalement rigide et inadaptée dans la prise en charge des patientes et des patients. La faîtière des médecins rappelle le contexte démographique unique que nous allons vivre ces prochaines années, le risque d'épidémies, d'accès différentié aux soins et aux thérapies, le transfert voulu du stationnaire vers l'ambulatoire et surtout les besoins de prises en charge optimales tant physiques que psychiques de la population. Elle souligne également que le changement de structure tarifaire, du Tarmed au Tardoc, oblige à une phase de neutralité de +/- 1.5%. Comment dans ce contexte arriver à soutenir les médecins de premier recours dans une période où les chiffres manquent et où les données consolidées sont attendues pour mesurer au plus juste l'effet de la nouvelle tarification médicale sur les coûts de la santé dans le domaine ambulatoire. Il suffit d'aller sur la publication trimestrielle de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour constater, par exemple à Genève que les médecins de ville n'ont, à fin septembre 2026, qu'une augmentation du coût annuel en ambulatoire de +1.4%, alors que l'ambulatoire hospitalier affiche un -28% qui correspond à une absence de facturation complète des prestations réalisées.

Les luttes à mener sont nombreuses, souvent fédérales et brutales, mais aussi cantonales. Nous saurons être au service de nos membres. Osons espérer que ces combats puissent être fédérateurs.

Ce retard de facturation dans le domaine ambulatoire hospitalier ne permet pas de pouvoir aujourd'hui affirmer quoi que ce soit de réaliste et de consolidé sur l'effet du nouveau tarif médical. Ce plafond de 4% voulu par le Conseil fédéral est un rationnement des soins avec des délais de consultations rallongés et un accès incertain à ses médecins.

Comme écrit précédemment, la structure Tardoc 2027 a été approuvée par le Conseil fédéral et entrera effectivement au 1er janvier 2027. Liée à cette structure, la notion de plafonnement de la prestation médicale facturée à l'assurance de base. Plusieurs sociétés de discipline pourraient être directement impactées par cette mesure. Pour l'heure, personne ne sait comment se déroulera la surveillance de cette exigence ni la forme des sanctions éventuelles. Là encore, le Conseil fédéral a été clair, il exige des partenaires tarifaires une feuille de route contraignante, avec une révision des minutages des prestations, de la productivité, du temps de travail annuel et du revenu du médecin, pour prendre les premières mesures dès 2028 ou à défaut en 2029. Deux approches s'opposent concernant le calcul du minutage:

- celle de l'Organisation tarifaire nationale ambulatoire des fournisseurs de prestations et des assureurs pour les soins médicaux ambulatoires (OTMA) qui souhaite une recherche de données via la littérature,
-celle des médecins qui, ce qui semble l'évidence, privilégie les connaissances métier avec des réponses étayées par les sociétés de discipline.

La FMH propose une priorisation basée sur les données récoltées par les sociétés de spécialités avec l'analyse fine des 5 prestations générant le plus de volume par discipline, en commençant par les disciplines les plus impactées, avec la littérature, principalement suisse, comme plausibilisation et non comme seule base d'examen ou de correction. Ce mandat vient de l'Assemblée des délégués de la FMH du 10 septembre 2026 et devra obligatoirement être finalisé pour l'automne 2027. Au moment d'écrire ces lignes, on peut constater un moment de flottement. Espérons que des réponses précises puissent permettre aux médecins concernés, dont les agendas sont déjà remplis pour une grande partie de début 2027 avec des patients, des examens et des traitements prévus, qui ne peuvent à ce stade trier ou repousser des prises en charges médicales attendues par la population, d'éviter une phase d'incertitude économique.

L'année 2028 verra l'arrivée du financement moniste ou uniforme des soins stationnaires et ambulatoires (EFAS) au 1er janvier 2028. Si cette volonté de poursuivre et intensifier la bascule du stationnaire vers l'ambulatoire est réelle et salutaire, celle-ci risque de se heurter au budget global de 4% imposé par le Conseil fédéral comme limite d'augmentation des coûts ambulatoires. Ironie de décisions fédérales sans vision réelle. EFAS entraînera peu de changement dans notre pratique médicale à Genève tant le secteur ambulatoire s'est développé dans notre canton depuis plus de vingt ans. Nous enverrons comme aujourd'hui nos factures qui seront prises en charge par les assureurs. L'Etat contribuera à hauteur minimale de 26.9% du montant facturé. On peut diffi-

cilement imaginer l'Etat payeur ne pas vouloir planifier la médecine ambulatoire comme il le fait déjà pour les soins stationnaires. Nous devrons avoir des chiffres, des données anonymisées de nos prestations facturées et sur nos charges. Les membres de notre association doivent se préparer à cette révolution dans leur propre intérêt pour la défense de la valeur du point tarifaire (VPT), mais aussi sur une comptabilité analytique liée à leurs prestations facturées à l'assurance de base, leurs loyers, leur personnel, leurs charges diverses, qui puisse servir globalement à la spécialité à laquelle ils appartiennent ou à notre profession dans son entier et non pas individuellement (la surveillance du médecin en économicité sera toujours faite par les assurances-maladie et non pas par l'Etat). Cette réflexion avance et par la volonté du Conseil de l'AMGe sera prochainement directement abordée, en lien avec nos diverses récoltes de données (MAS, ROKO, NewIndex, Ctésias, Caisse des médecins, ...), pour permettre à notre association de pouvoir défendre avec force ses membres.

L'AMGe a désigné ses co-présidents lors de notre assemblée générale du 17 novembre 2026. Sincères félicitations aux docteurs Sandrine Ghilardi et Alexis Bonvin pour leur élection. Je partagerai avec ces deux collègues élus la présidence de notre association au cours des prochains mois. Les luttes à mener sont nombreuses, souvent fédérales et brutales, mais aussi cantonales. Nous saurons être au service de nos membres. Osons espérer que ces combats puissent être fédérateurs. Les divisions sont un risque certain pour notre profession, car on le voit à travers les différentes contraintes que nous subissons, chaque spécialité est attaquée. Aucune ne peut prétendre que l'avenir est radieux.

En reprenant le rapport annuel de l'AMGe de 2001, j'y ai découvert des extraits de la presse quotidienne avec des titres évocateurs : « Tarmed : les toubibs ne lâchent pas prise », « La LAMal est malade, à qui la faute ? », « Pour ses cinq ans, la LAMal présente un bilan médiocre. La loi n'a pas enrayé la hausse des prix, ni modifié les comportements. ». C'était il y a 25 ans, sous la présidence de l'AMGe du Dr Blaise Bourrit. On se croirait pourtant en pleine actualité. Autres temps, mêmes problématiques. Il était question de l'introduction du Tarmed. Aujourd'hui, les interrogations que soulèvent le Tardoc, dont nous ne connaissons pas encore la réalité chiffrée et l'impact réel, entraînent une pression terrible sur notre avenir et celui de nos jeunes collègues soumis de plus à la stricte clause du besoin genevoise qui devra s'inscrire dans les contextes imposés de budget global, de planification ambulatoire, d'économicité et de guerres ouvertes autour des données médicales. ●

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Le mois dernier, l'AMGe a …

Dossiers traités

Valeur du point :
Plafonnement tarifaire à 1'577 points

- Séances Atipik
- Séances Assura suivi convention et feuille de route
- Réunions de travail Rachis/Assura/Groupe Mutuel (comité de gouvernance)
- Réunions de travail ORL/Assura/Groupe Mutuel (comité de gouvernance)
- Feedback Dr Hauser séance Groupe Mutuel
- Asteriks : multiplicateurs
- Asteriks : présentation assistant.e.s

Divers :
- Renouvelle des polices d'assurances CGA
- ORTRA assistant.e.s médicales radiologie
- ORTRA Village santé social Balexert
- Relève de la santé
- Séance de travail Radio oncologie gouvernance
- Organisation événement AMGe FER 27.11.
- Séance de travail téléconsultation depuis et vers l'étranger
- Dons d'organes HUG
- Séance avec l'agence de communication
- Entretien GM LCA et réseaux
- Entretien Ctésias
- États généraux de la santé
- Entretien SMSR/FMH
- Séance EFAS/OCS/AMGe
- Assemblée générale
- Élections co-présidence : chat room, débat, élections digitales
- Évenement AMGe Intelligence Artificielle

Courriers et documents élaborés

total 947

- Abonnements à HIN et OneDoc
- Actions juridiques
- Assemblée générale AMGe
- Assurances internationales
- Atipik : questions techniques
- Attestations fiscales
- Bilans sans prescriptions
- Commissions et chambre médicale
- Conventions Assura/Groupe Mutuel
- Cotisations
- Délais d'acceptation de devis Asteriks / facturation à l'acte ou en ajoutant un acte à un chaînage
- Demandes d'adhésion et suivi
- Demandes de précisions détaillées de la KPT de certaines factures
- Déontologie et plaintes
- Diverses demandes
- Dossiers médicaux
- Gardes
- Levée du secret professionnel
- Plafonnement du point tarifaire
- Prescriptions de psychothérapie
- Rémunération 3e assistant.e.
- Tardoc : code diagnostic
- Évenement AMGe 27.11

Activités des organes et commissions de votre association

2 réunions du BUREAU du conseil

06.10.2026 | 27.10.2026

SUJETS TRAITÉS :

- Préparation AG
- Garde médicale
- Stockage des dossiers médicaux (Proposition DSM)
- Revue Médicale Suisse
- Planning AMGe 2027
- Valeur du point Groupe Mutuel
- Garde médecine interne : point de situation
- Supervision psychiatres – psychologues
- Arrêt de la production des collyres de sérum autologue aux HUG

1 réunion du Conseil

06.10.2026

SUJETS TRAITÉS :

- Rencontre Dre Clothilde BAILLEUL
- Urgences / Gardes : point de situation
- Récolte de données : Ctésias / NewIndex
- Honoraires LCA : point de situation
- Élection commission de déontologie et de conciliation

1 réunion de la commission de déontologie et de conciliation

07.10.2026

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
- Commission et chambre médicale
- 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 de communication
- Gestion des nouveaux membres
- Gestion changements de statuts, démissions, décès
- Mise à jour des coordonnées / annuaire
- Demandes d'adhésion et suivis
- Publication agenda et newsletters
- Annuaire en ligne pour patients
- Bourse emploi et petites annonces
- Dossiers médicaux
- Assemblée générale et débat co-présidence
- Évenement AMGe Intelligence Artificielle
- 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
- ARGUS Revue de presse
- Points hebdomadaires bureau
- Séance communication Secrétaire général
- Séance communication Président
- Gestion des contenus et publications internes et externes - La Lettre, site web, News Letters
- Gestion et suivi des contributeurs rédactionnels
- La Lettre :
  - Gestion et suivi des demandes insertions publicitaires
  - Gestion et suivi éditorial, articles revue de presse : compilation, édito : relecture iconographie, production et diffusion édition mensuelle
  - Contrôle et suivi budgétaire prestataires externes
  - Rubrique l'AMGe a : gestion des contenus rédactionnels et rédaction
  - Calendriers rédactionnel, contributeurs et annonceurs 2027
- Site internet
- Campagne plafonnement point tarifaire
- Débat co-présidence
- Assemblée générale novembre
- ORTRA village santé social
- Séance communicants SMSR et FMH – report à l'AMGe

En chiffres

Informatique et sécurité

Assistance &technique et projets spéciaux

22h30

Projets spéciaux (Assurances LCA, TARDOC, Atipik, base de données Atlas, Docteur@home), AGO, secrétariat, amélioration logiciel, Syrma, Site web, questionnaire sécurité membres, préparation wordpress pour candidatures co-présidences et intégration, chatroom 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

85h

Messagerie sécurisée

46h

Site web

Mails & Téléphones

276

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

385

Appels entrants

102

Appels sortants

1'216

Mails reçus (hors tickets)

606

Mails envoyés (hors tickets)

1'466

Nouveaux tickets pour le secrétariat

2'758

Échanges de mails suite aux tickets

13'794'518

Mails membres stockés sur la plateforme

16'637

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.

41'250

messages rejetés (spams, virus)

70'745

connexions refusées ou échouées – dont une partie provient des criminels

5'271

tentatives de connexions pour l'adresse la plus attaquée

93

le nombre de pays différents pour l'adresse la plus attaquée

2'276

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.

Extrait de la Revue médicale suisse 1/2

ÉDITORIAL

La Suisse forme-t-elle suffisamment de gériatres?

Dr TIJANI KEMICHA, Pre DINA ZEKRY, Pre PATRIZIA D'AMELIO et Pr CHRISTOPHE GRAF

Rev Med Suisse 2026; 22: 1739-40 | *DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.981.49170*





Articles publiés sous la direction de

PATRIZIA D'AMELIO

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique
Département de médecine
Centre hospitalier universitaire vaudois
Lausanne

CHRISTOPHE GRAF

Service de gériatrie et de réadaptation
Département de réadaptation et gériatrie
Hôpitaux universitaires de Genève

Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse prédisent d'ici 2050, un doublement des personnes âgées de plus de 65 ans et plus particulièrement des plus de 80 ans, ces derniers représenteront près de 10% de la population.[1] Selon les statistiques médicales de la FMH en 2024,[2] la Suisse compte 320 médecins ayant effectué une formation approfondie de gériatrie. Ceci représente 3% des 8962 médecins exerçant en Suisse avec une discipline principale de médecine interne générale (préalable obligatoire pour la formation approfondie de gériatrie). Pourtant, la densité de gériatres en Suisse est dans la moyenne européenne avec une médiane de 1 gériatre pour 1500 personnes âgées de plus de 80 ans respectivement de 1 pour 450 en Autriche et 1 pour 5000 en Lituanie.[3] Est-ce suffisant pour faire face au vieillissement rapide de la population?

De prime à abord, la réponse est non. Toutefois, il faudrait estimer le nombre de gériatres nécessaire en Suisse. La société américaine de gériatrie estime que du fait de leur profil fragile, 30% des personnes de plus de 65 ans auront besoin d'être prises en charge par un gériatre et que chaque gériatre peut prendre en charge jusqu'à 700 patients par an.[4] Au Canada, pour évaluer les besoins actuels et futurs de la population de spécialistes, le ratio cible de 1,25 gériatres pour 10000 habitants âgés de 65 ans est proposé.[5] En appliquant ce dernier ratio et la projection démographique en Suisse à l'horizon 2050, on obtiendrait une estimation indicative (vu la différence des systèmes de santé) du besoin à environ 340 gériatres.

Ce besoin serait ainsi couvert par la trentaine de gériatres formés chaque année d'après la Société professionnelle suisse de gériatrie (SPSG) qui compte environ 400 médecins actifs ou intéressés dans le domaine de la gériatrie.[6] Par ailleurs, il n'existe pas de statistiques concernant les médecins étrangers avec une compétence en gériatrie exerçant en Suisse, représentant une force vive dans un système de soins qui fait face au vieillissement du corps médical. En effet, l'âge moyen des médecins en Suisse est de 50 ans et près d'un tiers des gériatres en exercice ont dépassé l'âge de 60 ans. Continuer à assurer leur relève est un défi et un enjeu majeur pour anticiper les besoins futurs.

LES PATIENTS ONT BESOIN D'UNE EXPERTISE GÉRIATRIQUE QUI NE SE DÉFINIT PAS PAR UN SEUIL D'ÂGE

Pour répondre aux besoins croissants d'une population âgée, polymorbide et complexe, les soins en gériatrie tendent de plus en plus à se spécialiser en programmes spécifiques ou en modèles d'intégration de l'expertise gériatrique dans les filières spécialisées comme pour l'infectiologie/cardiologie/orthopédie/oncologie gériatrie. En plus d'une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle, cette spécialisation implique également un accès adapté à un plateau technique performant. À l'hôpital, toutes les personnes âgées de plus de 80 ans ne sont de facto pas hospitalisées dans les unités de gériatrie (aiguë ou réadaptation) qui ne représentent que 15% de la capacité hospitalière stationnaire totale en Suisse.[7] Les services de gériatrie seront donc amenés de plus en plus à prendre en charge les patients qui ont le plus besoin d'une expertise gériatrique qui ne se définit pas par un seuil d'âge, mais par la fragilité et la complexité clinique, fonctionnelle, cognitive et psychosociale. Le rôle du gériatre est primordial dans la prise en compte de la fragilité et la détection précoce des syndromes gériatriques chez les patients âgés pris en soins dans les

Cosignataires de l'éditorial

TIJANI KEMICHA

Service de médecine interne et réadaptation
Loëx-Joli-Mont
Département de réadaptation et gériatrie
Hôpitaux Universitaires de Genève

DINA ZEKRY

Service de médecine interne de l'âgé
Département de réadaptation et gériatrie
Hôpitaux universitaires de Genève

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

services non spécialisés. Il existe des modèles transversaux de collaboration et de comanagement interdisciplinaire comme pour l'orthopédie gériatrique ou de consultations gériatriques spécialisées intrahospitalières ou ambulatoires. Ces modèles ont démontré leurs avantages cliniques et médicoéconomiques et devront être renforcés à l'avenir plutôt que le développement de sous-spécialités cloisonnées.[8]

Le réseau ambulatoire et les soins de longue durée sont d'ores et déjà mis fortement sous tension pour répondre aux besoins d'accompagnement de la population âgée grandissante. Les médecins de premier recours sont de plus en plus sensibilisés à la fragilité et à la prise en charge des patients âgés, polymorbides et complexes. Ils constituent le pivot essentiel pour la prise en soins de ces patients et la coordination, ce qui favorise le maintien à domicile. Pour appuyer cette mission, chaque canton déploie ses propres modèles de structures gériatriques et réseaux de soins allant de l'évaluation médicale mobile aux consultations à domicile ou en ambulatoire. La coordination des soins et le développement de nouveaux modèles comme l'hospitalisation à domicile seront primordiaux pour réduire les complications et événements indésirables liés aux hospitalisations conventionnelles tout en contribuant à faire face à la pression croissante exercée sur le système de santé.

Vu ce qui précède, l'intégration d'objectifs d'apprentissage spécifiques à la gériatrie dans la formation prégraduée est devenue un enjeu majeur. Masud et coll. prônent une diffusion verticale de la gériatrie dans le cursus lors de plusieurs cours préclinques et cliniques, plutôt que d'être cantonnée à un seul cours spécifique. Ainsi, l'enseignement est renforcé par une exposition répétée et les principes fondamentaux des soins aux personnes âgées sont intégrés à un apprentissage plus global.[9] Comme recommandé par l'UEMS/EuGMS (European Union of Medical Specialists/European Geriatric Medicine Society), plusieurs programmes de restructuration et mise à jour des exigences minimales en matière de connaissances, de compétences et d'attitudes relatives aux soins des personnes âgées sont menés dans plusieurs facultés dans le monde, y compris en Suisse. Cette diffusion des compétences en gériatrie concerne aussi le continuum de la formation postgraduée, en particulier en médecine interne générale, et la formation continue pour tous les médecins amenés à prendre en charge des patients âgés.

LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX MODÈLES COMME L'HOSPITALISATION À DOMICILE EST PRIMORDIAL

Le vieillissement de la population et ses enjeux sont déjà une réalité. La réponse à ce défi va bien au-delà du nombre de gériatres que la Suisse devra former dans les prochaines décennies, mais plutôt à définir quelle expertise gériatrique est nécessaire, pour quels patients et dans quels modèles de soins. Dans un système où ni les cantons ni la Confédération n'ont la pleine responsabilité du système de santé,[10] les gériatres ont l'opportunité et la responsabilité historique d'assumer leur rôle de coordinateur entre les différents acteurs médicaux, sociaux, politiques et économiques.

1 Office fédéral de la statistique (OFS) (2025). Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2025-2055. Neuchâtel
2 www.fmh.ch/fr/themes/statistique-medicale/statistique-medicale-fmh.cfm
3 Pitkälä KH, et al. Status of Geriatrics in 22 Countries. J Nutr Health Aging. 2018;22(5):627-31
4 www.americangeriatrics.org/sites/default/files/inline-files/Projected-Future-Need-for-Geriatricians
5 Basu M, Cooper T, Kay K, et al. Updated Inventory and Projected Requirements for Specialist Physicians in Geriatrics. Can Geriatr J. 2021 Sep 1;24(3):200-08
6 www.sfgg.ch/fr/de-la-spsg-portrait/
7 www.bfs.admin.ch/bfs/en/home.assetdetail.36296456.html
8 Stuck AE, Masud T. Health care for older adults in Europe: how has it evolved and what are the challenges? Age Ageing. 2022 Dec 5;51(12):afac287
9 Masud T, Ogliari G, Lunt E, et al. A scoping review of the changing landscape of geriatric medicine in undergraduate medical education: curricula, topics and teaching methods. Eur Geriatr Med. 2022;13(3):513-28
10 Monod S, et al. Ni les cantons ni la Confédération n'ont la pleine responsabilité du système de santé. Rev Med Suisse. 2024;20(860):322-3.

Extrait de la Revue médicale suisse 1/1

REVUE MÉDICALE SUISSE

CORTEX

Parler de la mort ne tue pas

Parmi les occasions manquées de débat sociétal postpandémie de Covid 19, il faut citer les discussions autour de la mort. Pourquoi est-ce que, après une telle soudaine confrontation à la finitude de l'existence (celle des autres et la sienne), cet enjeu essentiel de notre condition humaine est si vite retombé dans l'ombre?

Alors que la mort est habituellement mise à distance, la pandémie de Covid-19 l'a rendue visible, voire omniprésente pour la population et dans le quotidien des professionnel-les de santé. Avec, en toile de fond, les médias égrenant quotidiennement le nombre de victimes à travers le monde, les décès se sont répétés à l'hôpital de manière imprévisible et à une fréquence inhabituelle, même si en Suisse le nombre total est resté modéré comparé à d'autres pays. Les restrictions en vigueur ont entravé les formes habituelles de soins et d'accompagnement de fin de vie des professionnel-les de santé. L'hôpital a dû composer avec la contradiction entre le bien commun, c'est-à-dire la nécessité d'isoler strictement les malades pour protéger la population, et le bien individuel des personnes soignées, qui avaient besoin d'être entourées. La population générale a également été confrontée aux difficultés à accompagner leurs proches et à réaliser les rituels de deuil habituels. Verdon et coll. parlent à cet égard d'un «éveil collectif» à la mort et au deuil, suggérant que l'expérience de la pandémie a déplacé la mort d'un événement principalement médical et individuel, vers une réalité également sociale, collective et relationnelle.[1]

Cette situation extraordinaire aurait pu amener à davantage de réflexion et à un discours accru au niveau médical, sociétal et familial autour de la fin de vie et de la mort. D'autant que le vieillissement croissant de la population engendre des questions éthiques et économiques autour des limites des prises en charge médicales. Ces questions avaient émergé pendant la pandémie avec le spectre du rationnement des soins en cas de surcharge, pour s'éteindre aussitôt. Elles apparaissent également ponctuellement dans les médias avec des débats autour du suicide assisté, des capsules-sarcophages ou plus récemment avec le vote français sur le droit de l'aide à mourir. Toutefois, une enquête de 2022 de Pro Senectute montre qu'en Suisse romande seulement 12% des personnes interrogées ont rédigé des directives anticipées – contre 29% pour la Suisse alémanique et 7% pour la Suisse italienne – et seulement 15% des répondants se sont procuré ces directives anticipées chez leur médecin traitant.

Pendant les études de médecine, l'accent est mis sur la guérison et l'efficacité des traitements entrepris. Le rôle de médecin s'affirme le plus souvent dans le souhait de guérir son patient, de prolonger sa qualité de vie et d'éviter qu'il ne développe des problèmes de santé. Des spécialités telles que les urgences et la chirurgie continuent de faire rêver les jeunes générations de médecins, comme de nourrir l'imaginaire collectif via de nombreuses séries télévisuelles toujours populaires. Pourtant, dans une posture médicale visant à sauver, la mort est souvent considérée comme un échec personnel ou professionnel.[2]

DANS UNE POSTURE MÉDICALE VISANT À SAUVER, LA MORT EST SOUVENT CONSIDÉRÉE COMME UN ÉCHEC

En anthropologie, la notion de «bonne mort» désigne un idéal socialement et culturellement construit, qui définit les conditions dans lesquelles une mort est considérée comme acceptable et conforme aux valeurs d'une société donnée. Un article de revue constate que pour la médecine occidentale la «bonne mort» correspond à un évènement contrôlé, préparé, paisible, digne, entouré-e de ses proches, idéalement chez soi.[3] Cet idéal tend à avoir une valeur prescriptive, en rendant toute autre forme de décès implicitement «mauvaise». Ces conditions étant rarement réunies, l'inconfort avec d'autres formes de mourir mène à leur marginalisation ou leur invisibilisation.

Les directives anticipées et le projet de soins anticipé peuvent constituer un outil utile pour parler de la mort avec les personnes soignées. Ils sont une aide précieuse pour les proches et pour les professionnel-les de santé lorsqu'il faut prendre une décision difficile lors d'un événement grave de santé. Mais cantonner les discussions autour de la mort à l'anticipation des soins, n'est-ce pas une façon de vouloir se rapprocher de cet idéal de mort prescrit et contrôlé? Cette anticipation ne garantit pas l'évacuation de la souffrance du sujet malade. Celle-ci doit pouvoir exister et être relatée, ainsi que les désordres de la fin de vie, qui ressemblent rarement à l'idéal souhaité. Les différentes facettes du mourir méritent d'être connues et abordées de manière plus vaste. Il s'agit donc de réhabiliter la mort comme un sujet légitime de discussion, en consultation, en famille ou en société. La mort doit être racontée, partagée, vécue. Dédramatisée, non pas dans l'absence qu'elle engendre, qui reste un arrachement, mais comme un moment qui fait partie de la vie. Elle pourrait alors peut-être devenir une étape à soigner plutôt qu'un marqueur d'échec de la médecine. Et pour la société dans son ensemble, déconstruire le modèle dominant de la «bonne mort» permettrait de développer une culture de la littératie de la fin de vie.[4]

1 Verdon C, Grenier J, René C, et al. L'expérience de la mort durant la pandémie: un éveil collectif chez le personnel soignant. Études sur la mort. 2023;159(1):147-66.
2 Ruíz-Fernández MD, Fernández-Medina IM, Granero-Molina J, et al. Social acceptance of death and its implication for end-of-life care. J Adv Nurs. 2021;77:3132-41.
3 Cottrell L, Duggleby W. The "good death": An integrative literature review. Palliat & Support Care. 2016;14(6):686-712.
4 Noonan K, Horsfall D, Leonard R, Rosenberg J. Developing death literacy. Prog Palliat Care. 2016;24(1):31-5.

DRE MELISSA DOMINICÉ DAO
Co-rédactrice en chef
Revue médicale suisse
melissa.dominice@revmed.ch

Rev Med Suisse 2026; 22: 1780
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.981.49432

Extrait de la Revue médicale suisse 1/2

ÉDITORIAL



Articles publiés sous la direction de

JEAN-LUC RENY

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

Médecine intégrative : entre attentes, controverses et exigences scientifiques

Cosignataire de l'éditorial

MATTEO COEN

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

Dr MATTEO COEN et Pr JEAN-LUC RENY

Rev Med Suisse 2026; 22: 1695-6 | *DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49394*

Si l'on demande à son entourage ce que recouvre le terme «médecine intégrative», les réponses sont souvent diverses. Beaucoup l'associent à des approches telles que l'acupuncture, l'hypnose, la naturopathie ou encore l'homéopathie. Cette perception, partielle, reflète néanmoins l'intérêt croissant du public pour les approches complémentaires. Dans une enquête menée en 2021 auprès de la population romande, 75% des répondants[a] déclaraient avoir déjà eu recours à une approche complémentaire dans leur vie et 38% au cours des douze mois précédant l'enquête – une proportion qui concorde avec les données de l'Enquête suisse sur la santé. [1]

LA MÉDECINE INTÉGRATIVE NE SE RÉSUME PAS À UN ASSORTIMENT DE MÉDECINES DITES «DOUCES»

La médecine intégrative ne se résume toutefois pas à un assortiment de médecines dites «douces» ou non-conventionnelles destinées à complémenter, et encore moins à se substituer aux traitements d'efficacité démontrée. La médecine intégrative n'est pas une médecine alternative, mais correspond, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à «une approche interdisciplinaire et fondée sur les preuves, de la santé et du bien-être, utilisant une combinaison de connaissances, de compétences et de pratiques biomédicales, traditionnelles et/ou complémentaires».[2] Autrement dit, comme le rappelle la Pre A.-F. Allaz dans un ouvrage récent, en reprenant une définition parue dans *Le Médecin du Québec* en 2008, «la médecine intégrative a donc pour but d'articuler les meilleurs soins de la médecine scientifique occidentale à ceux des approches complémentaires, afin de maintenir la santé et d'améliorer le bien-être des patients».[3] Un rapport de 2024 de l'OMS décrit plus en détail les différentes articulations entre médecines conventionnelle et complémentaires.[4]

Néanmoins, la médecine intégrative demeure l'objet de débats vifs et très polarisés. Certains observateurs considèrent que l'intégration de thérapies complémentaires dans les parcours de soins constitue une forme de régression, éloignée des principes de l'Evidence-Based Medicine (EBM), lorsque les preuves d'efficacité sont insuffisantes et/ou reposent sur des méthodologies peu robustes. Ils assimilent les approches de médecine intégrative à de la «pseudoscience». D'autres estiment au contraire qu'une meilleure connaissance de ces approches par les professionnels de santé pourrait permettre d'accompagner les patients de manière plus appropriée, de favoriser un dialogue éclairé et de prévenir le recours à certaines pratiques alternatives potentiellement problématiques lorsqu'elles sont utilisées en dehors de tout suivi médical conventionnel.

Effectivement, il ne faut pas oublier que si l'approche EBM privilégie les preuves issues de la recherche clinique, elle intègre aussi l'expertise clinique et, surtout, les valeurs et les attentes du patient. David Sackett, l'un des «pères fondateurs» de l'EBM, définit lui-même l'EBM comme «l'intégration des meilleures preuves issues de la recherche avec l'expertise clinique et les valeurs du patient», ces valeurs étant entendues comme «les préférences, préoccupations et attentes propres que chaque patient apporte à la rencontre clinique».[5]

Dans ce contexte, le mot «intégratif» ne doit donc se limiter ni aux pratiques, ni aux approches, mais renvoyer en premier lieu au patient lui-même, intégré, en tant que partenaire, dans sa globalité – corps, émotions, valeurs, selon l'approche biopsychosociale chère à la médecine psychosomatique – au sein de sa prise en charge.

En France, ces discussions ont trouvé un écho particulier dans plusieurs prises de

[a] Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

position publiques. Des membres du Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) ont publié une tribune dans Le Monde pour promouvoir une approche encadrée des médecines complémentaires, en s'appuyant sur les modèles allemand et suisse.[6] Ils ont également publié un article critiquant les arguments sceptiques contre ces thérapies, ce qui témoigne de la complexité du débat.[7] Les questions relatives à la médecine intégrative – efficacité, sécurité, régulation – suscitent des tensions non seulement en France, mais aussi à l'échelle internationale. Cependant, certaines thérapies complémentaires disposent de données probantes solides: l'hypnose bénéficie de preuves robustes en médecine procédurale et périopératoire, ainsi qu'en gestion de la douleur;[8] l'acupuncture présente des résultats particulièrement documentés pour certaines douleurs chroniques (musculo-squelettique, lombalgies, gonarthrose, migraines).[9]

Lors du congrès de printemps 2024 de la Société Suisse de Médecine Interne Générale, le Pr B. Bauer, directeur du programme de médecine complémentaire et intégrative de la Mayo Clinic, avait présenté la médecine intégrative comme une extension de la palette thérapeutique visant à répondre aux besoins des patients non suffisamment satisfaits par la médecine conventionnelle, en s'appuyant sur des données probantes tout en restant critique par rapport aux limites qui existent encore.[10]

L'un des principaux défis reste donc l'évaluation scientifique. Si certaines approches complémentaires disposent déjà d'un niveau de preuve satisfaisant dans des indications précises, d'autres nécessitent encore des données plus robustes. Cette exigence de validation scientifique est également soulignée par des institutions internationales impliquées dans la recherche en médecine intégrative.[11] Les essais cliniques contrôlés, lorsqu'ils sont méthodologiquement réalisables, ainsi que l'évaluation rigoureuse des résultats rapportés par les patients (PROMs) et de leur expérience de soins (PREMs), sans oublier des approches de type qualitatif ou des méthodes d'inférence causale propres aux interventions complexes, pourraient constituer des leviers importants pour mieux apprécier leur place potentielle dans les parcours de soins.

L'AVENIR DE LA MÉDECINE INTÉGRATIVE DÉPENDRA DE SA CAPACITÉ À PRODUIRE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES DE QUALITÉ

Au-delà des convictions des partisans comme des détracteurs, l'avenir de la médecine intégrative dépendra probablement de sa capacité à produire des données scientifiques de qualité, transparentes et reproductibles. C'est à cette condition que les approches complémentaires susceptibles d'apporter un bénéfice démontré aux patients pourront trouver une place reconnue au sein des systèmes de santé fondés sur les preuves.

Conflit d'intérêts: M. Coen est coresponsable du projet pour la création du Centre multidisciplinaire de médecine intégrative des Hôpitaux universitaires de Genève, membre du conseil de fondation de l'Institut Romand d'Hypnose Suisse et du comité de l'Académie en médecine psychosomatique et psychosociale. J.-L. Reny n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Enquête auprès de la population romande concernant la santé intégrative. Santé Intégrative et Société, 2022. (Accessed 11.8, 2026, at www.sante-integrative.ch/download/32949/1009281.)
2 Traditional, Complementary and Integrative Medicine. World Health Organization. (Accessed 11.8, 2026, at www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1.)
3 Allaz AF. Douleurs et émotions: Vigot; 2021.
4 WHO global report on traditional, complementary and integrative medicine 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization, 2024. (Accessed 11.8, 2026, at https://iris.who.int/bitstreams/f67507c0-30a3-41c0-b497-2fa9034b197d/download.)
5 Sackett DL. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM: Churchill Livingstone; 2000.
6 Il est temps d'accorder une place raisonnée aux médecines alternatives dans le système de soins. Tribune par le Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires. Le Monde 22.11.2022.
7 Berna F, Lecardeur L, Verneuil L, Nizard J, Evrard R. «Il est urgent de contrer le développement de la médecine intégrative et de sauver la vraie médecine». Analyse critique de dix arguments rationalistes sceptiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2024;182:332-9.
8 Rosendahl J, Alldredge CT, Haddenhorst A. Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: a 20-year perspective. Front Psychol 2023;14:1330238.
9 Hempen M, Hummelsberger J. The state of evidence in acupuncture: A review of metaanalyses and systematic reviews of acupuncture evidence (update 2017-2022). Complement Ther Med 2025;89:103149.
10 Prasad K, Prasad A, George M, et al. Temporal Trends in Use of Complementary Therapies Among Patients With Cardiovascular Disorders. Am J Cardiol 2022;167:118-24.
11 National Center for Complementary and Integrative Health. National Institutes of Health, 2025. (Accessed 11.8, 2026, at www.nih.gov/about-nih/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih.)

Extrait de la Revue médicale suisse 1/1

COURRIER

Et si le problème n'était pas là où on nous dit qu'il est?

À lire certains articles, notamment dans le tabloïd populaire Blick, largement accessible gratuitement en ligne, et dont le modèle économique repose notamment sur la publicité (y compris celle des acteurs du secteur de l'assurance), le problème des coûts de la santé en Suisse serait avant tout celui des médecins spécialistes et «lobbys» médicaux, qui veulent continuer à encaisser.[1] Dans cet article, l'auteur Raphael Rauch évoque «un potentiel d'économies de plusieurs millions de francs», sans toutefois fournir de chiffre précis ni expliquer clairement sur quelles données repose cette estimation. Il qualifie par ailleurs sans détour ni gêne les médecins de «reines du drame» et laisse entendre, sans ambiguïté, qu'ils chercheraient avant tout à préserver leurs revenus et intérêts.

LE SYSTÈME D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE PEUT SIMULTANÉMENT GÉNÉRER 569 MILLIONS DE FRANCS D'EXCÉDENT ET RENFORCER SES RÉSERVES

Le problème avec cette présentation, c'est qu'elle repose sur des chiffres dont la méthodologie, la source et l'interprétation mériteraient d'être beaucoup plus transparentes. Comparer quelques revenus individuels à la moyenne d'autres professions médicales ne permet pas de tirer des conclusions sérieuses sur le coût réel du système de santé.

Et surtout, pourquoi ne parle-t-on pas davantage des coûts générés par le système lui-même?

Les chiffres officiels de l'OFSP montrent qu'en 2025, les assureurs-maladie ont consacré 107 millions de francs aux commissions et à la publicité (uniquement pour l'assurance obligatoire des soins (LAMal)).[2] En 2024, ce montant était de 123 millions, selon la même source. Ce sont donc des dizaines de millions de francs dépensés chaque année pour que des entreprises se disputent les mêmes assurés dans une assurance de base dont les prestations sont identiques et définies par la loi.

Et ce n'est pas tout. Toujours selon les chiffres officiels de l'OFSP, les réserves des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins (LAMal) atteignent désormais 8,6 milliards de francs (début 2026).[2] En 2025, les assureurs LAMal ont enregistré 569 millions de francs d'excédent, intégralement affectés aux réserves.[2] Et cela sans même mentionner les gains exorbitants du domaine de l'assurance complémentaire, où les chiffres sont encore plus opaques. À noter par exemple que la CSS à elle seule affirme avoir réalisé un bénéfice de 144,9 millions de francs uniquement pour l'année 2025.[3] Les réserves sont évidemment nécessaires pour garantir la solvabilité du système et absorber les incertitudes liées à l'évolution des coûts. Mais une question mérite d'être posée clairement: comment expliquer que les primes augmentent année après année, alors que le système d'assurance-maladie obligatoire peut simultanément générer 569 millions de francs d'excédent et continuer à renforcer ses réserves?

Si les primes augmentent parce que les coûts augmentent, où se situe réellement la marge d'efficience du système? Pourquoi demande-t-on systématiquement aux médecins et aux autres professionnels de santé (notamment les physiothérapeutes) de réduire leurs coûts, alors que des économies considérables pourraient être réalisées *sans diminuer ni la qualité des soins, ni le temps médical, ni l'accès aux patients?* Supprimer ou réduire drastiquement la publicité commerciale dans l'assurance de base. Limiter les coûts d'intermédiation et de commissions. Simplifier le système. Et pourquoi pas, à terme, réfléchir à un modèle de caisse unique, qui supprimerait une partie de cette concurrence coûteuse entre assureurs pour des prestations dont le contenu est non seulement largement défini par la loi mais également identique.

Le problème n'est probablement pas que *les médecins sont trop chers*. Le véritable problème est peut-être que les politiques et assureurs cherchent trop souvent à économiser *sur ceux qui produisent les soins*, plutôt que de se demander combien coûte *le système qui les finance, les administre et les commercialise*. Le débat sur les coûts de la santé mérite des chiffres transparents, complets et comparables, et *pas des boucs émissaires*.

1 www.blick.ch/fr/suisse/sante-les-medecins-specialistes-veulent-continuer-a-encaisser-id22221439.html?utm_campaign=blick-fr-page-post&utm_content=article-fresh&utm_medium=social&utm_source=facebook&utm_term=cde-facebook-image-fresh-articles-daytime-2624
2 www.bag.admin.ch/fr/assureurs-maladie-comptes-annuels-2025-disponibles
3 www.css.ch/fr/a-propos-de-css/portrait/medias-publications/medias/communiques-de-presse/css-comptes-annuels-2025.html

DR L. ALEJANDRO CULEBRAS ALMEIDA

Centre de médecine du sport et de l'exercice
Swiss Olympic Medical Center
Hirslanden – Clinique La Colline
1206 Genève
alejandro.culebras@hirslanden.ch

Rev Med Suisse 2026; 22: 1733
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.980.49435

Extrait de la Revue médicale suisse 1/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

Les patients vont-ils remplacer leur médecin généraliste par l'intelligence artificielle?

Pre STÉPHANIE SIDORKIEWICZ

Rev Med Suisse 2026; 22: 1688-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.979.49467

Les patients ne remplaceront pas demain le médecin généraliste par l'intelligence artificielle (IA). Ils ont déjà commencé à le faire.

En 2026, un programme pilote, mené dans l'Utah et reposant sur un agent d'IA, est déjà capable de renouveler certaines prescriptions pour des patients atteints de maladie chronique.[1] Le patient s'identifie, répond à des questions, échange avec un chatbot et, si les critères sont remplis, la prescription est renouvelée. Un patient, un écran, une pharmacie. Pas de salle d'attente, pas de retard, pas de consultation, pas de médecin pressé.

Plus récemment, une start-up californienne annonçait être la première plateforme d'IA autorisée par la Food and Drug Administration pour permettre l'ajustement de posologies entre deux consultations.

On pourrait considérer ces exemples comme spécifiquement américains, donc lointains. Ce serait une erreur. Nos patients, en France, en Suisse, en Europe et ailleurs, utilisent déjà l'IA comme interlocuteur de santé.

Je pense à Monsieur T., 43 ans, dont je suis la médecin traitante. Depuis deux ans, il consommait des benzodiazépines à doses importantes. Il était suivi par un psychiatre et par moi-même. Comme souvent en médecine générale, nous avancions lentement: consultations manquées, rechutes, stratégies progressives, petits progrès.

Il y a quelques mois, il est venu me voir, très fier, pour m'annoncer qu'il était sevré. J'ai d'abord pensé que notre accompagnement avait porté ses fruits. En réalité, il avait demandé un programme de sevrage à un agent conversationnel, l'avait suivi et allait mieux. Il m'a dit avoir trouvé l'outil d'IA «plus empathique» que son psychiatre «qui disait toujours pareil».

Sur le plan médical, cette situation est insatisfaisante. Un sevrage de benzodiazépines ne devrait pas être guidé par un outil probabiliste, sans responsabilité clinique, sans connaissance réelle du patient, sans continuité ni capacité d'évaluation du risque. Mais du point de vue du patient, l'IA avait répondu immédiatement, sans être pressée, sans chercher à rattraper un retard. Elle avait reformulé, encouragé, structuré. Elle avait fait une partie de ce que nous promettons de faire, mais que nos conditions d'exercice nous empêchent parfois d'accomplir pleinement.

Ce n'est pas seulement une impression isolée. En 2023, une étude[2] qui avait comparé des réponses de médecins et de ChatGPT à des questions de patients a montré que les réponses de ChatGPT étaient jugées plus empathiques. Et quelques années auparavant, une revue systématique[3] rappelait que l'empathie des étudiants en médecine tendait quant à elle à diminuer au cours de la formation médicale.

La question n'est donc plus seulement: les patients vont-ils remplacer leur médecin généraliste par l'IA? Elle devient: quelle médecine générale l'IA risque-t-elle de remplacer?

Si notre métier se réduit à renouveler des traitements, valider des bilans, produire des certificats avec un stéthoscope autour du cou, appliquer des arbres décisionnels et répondre à des demandes standardisées, alors oui, l'IA nous remplacera. Tout ce qui, dans notre pratique, ressemble à une procédure, à un tri, à un protocole ou à une réponse automatisable sera tôt ou tard absorbé par l'IA.

Si, face à une fatigue, notre seule réponse devient un «bilan fatigue» préformaté; si la prévention se résume à un «check-up» complet sans hiérarchisation du risque, sans discussion des bénéfices attendus, des faux positifs, de l'anxiété générée et des examens en cascade;[4] si la ménopause devient un «pack» biologique, la douleur un bon d'imagerie selon la région anatomique, et l'inquiétude du patient une case à cocher dans un formulaire, alors oui, l'IA nous remplacera.

Et l'IA sera plus rapide, plus systématique, rédigera des comptes-rendus plus complets, ne prendra pas de vacances, ne sera jamais en congé maternité, et *in fine*, sera plus rentable.

Mais peut-être n'est-ce pas entièrement une mauvaise nouvelle. Car dans cette médecine-là, nous ne faisons plus de la médecine générale: nous produisons des réponses standardisées à des demandes, sans tenir compte de la personne qui les formule.

Si l'IA remplace cette médecine générale dégradée, industrielle, pressée, alors elle ne remplace pas véritablement le médecin généraliste. Elle révèle plutôt que, sur certains pans du soin, nous avions déjà cessé de l'être.

L'exemple de la téléconsultation devrait nous rendre prudents. On nous avait promis qu'elle rapprocherait les soins des plus isolés et sauverait les déserts médicaux. Elle y contribue parfois. Mais les données de la DREES[5] rappellent qu'en France, les utilisateurs de la téléconsultation sont surtout des patients jeunes, urbains et socialement favorisés. Ce que la téléconsultation accomplit parfois sans pleinement soigner, l'IA saura le reproduire: plus vite, plus systématiquement et, dans certains cas, mieux. Rassurer devant un symptôme bénin? Renouveler un traitement stable? Adapter une posologie selon un résultat biologique? L'IA le fera.

Mais aller voir, pendant une vague de chaleur, une patiente âgée, veuve, seule au troisième étage sans ascenseur, pour vérifier qu'elle boit réellement? Non. L' IA ne remplit pas les verres d'eau.

Comprendre qu'un patient qui consulte pour une douleur d'épaule vient en réalité parce que son fils ne lui parle plus? Non. L'IA ne perçoit pas le silence lourd d'une consultation.

Décider de ne pas prescrire un examen précisément parce que l'on connaît la personne, son histoire, ses peurs et les explorations déjà réalisées? Non. L'IA

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

TRIBUNE

prescrit selon ce qu'elle a appris pendant son entraînement, non selon ce qu'elle partage d'une histoire clinique.

Accompagner un homme jusqu'à son dernier souffle en lui tenant la main? Non. L'IA ne tient pas les mains des corps qui s'en vont.

Oui, les patients remplaceront une partie du médecin généraliste par l'IA: le médecin gestionnaire de flux, assigné à la productivité, transformé en guichet d'accès à la biologie, à l'imagerie et aux certificats.

Mais si nous revenons à la définition européenne de la médecine générale portée par la WONCA Europe[6] – une médecine de premier contact, continue, globale, coordonnée, centrée sur la personne, prenant en compte le contexte, l'incertitude et la complexité – alors la conclusion change. Si nous défendons une médecine qui tient ensemble le biologique, le psychologique, le social, le culturel et l'environnemental, une médecine qui ne trie pas seulement les symptômes mais accompagne les vies, alors les patients ne remplaceront pas le médecin généraliste par l'IA.

L'IA pourra nous aider à classer, surveiller, repérer, synthétiser. Elle nous donnera peut-être les moyens de refaire notre métier: celui que nous avons choisi.

Une question provocatrice pourrait alors cependant se poser: si l'IA prend en charge l'accès à la connaissance, la synthèse documentaire, la technique, les calculs de risque et une partie des recommandations, à quoi bon former si longtemps les médecins? Si la machine sait tout, si elle retrouve tout, si elle calcule tout, si elle connaît les posologies, si elle pense même aux diagnostics rares, si elle traduit les conclusions compliquées du radiologue en langage compréhensible pour les patients, si elle repère les interactions médicamenteuses: ne pourrait-on pas déléguer la technique et ne garder du médecin que la relation humaine?

Justement non.

Car notre expertise ne se réduit pas à l'alliance thérapeutique, à la communication ou à la relation. Elle réside dans notre capacité à faire de ces dimensions le socle d'une décision médicale complexe. Notre expertise est de savoir quoi faire quand plusieurs recommandations se contredisent chez un même patient multimorbide.[7] Notre expertise est de tenter de réduire le fardeau du traitement de ce même patient.[8] Notre expertise est de reconnaître qu'une recommandation repose parfois sur des preuves fragiles, sur des populations qui ne ressemblent pas à notre patient, ou sur une absence presque complète de données. Notre expertise est de décider avec une personne réelle, dans un contexte réel, quand appliquer la preuve, quand la nuancer, quand s'en écarter, et quand assumer de ne pas savoir. Notre expertise est d'anticiper les transformations sociales, les inégalités, les vulnérabilités, les effets du climat, de la précarité, de l'isolement, du numérique, sur la santé des populations.

Si l'IA nous libère de la part mécanique de notre métier, alors elle ne doit pas appauvrir la formation médicale. Elle doit au contraire nous obliger à la renforcer là où elle est la plus exigeante: dans la complexité, l'incertitude, la décision partagée, la multimorbidité, la hiérarchisation des risques, l'esprit critique et la lecture réelle des preuves. Elle peut enfin redonner aux soins primaires leurs lettres de noblesse: non pas une médecine de second choix, non pas une médecine de tri, mais peut-être le lieu le plus difficile et le plus nécessaire de l'Evidence-Based Medicine au sens authentique du terme:[9] l'articulation entre les meilleures données disponibles, l'expertise clinique et les valeurs, préférences et conditions de vie du patient.

Alors, peut-être que la vraie question n'est pas de savoir si les patients remplaceront leur médecin généraliste par l'IA. La vraie question est de savoir ce que nous accepterons de laisser remplacer.

Si nous abandonnons à l'IA la part automatique, standardisée, répétitive de notre métier, il nous restera peut-être enfin ce qui en constitue le cœur: la présence, le discernement, la responsabilité, la continuité, la capacité à partager une décision avec une personne singulière, à habiter l'incertitude et à soigner quand les données ne suffisent plus à dicter une conduite.

Et ce cœur-là n'est pas un supplément d'âme.

C'est la médecine générale.

À condition que nous ayons encore les moyens – et le courage – de l'exercer.

Cette publication fait suite à une intervention dans le cadre de la 30e conférence de WONCA Europe, Paris 2026.

1 Mello MM. Utah's Experiment With AI-Driven Prescription Renewals. JAMA Health Forum. 2026 Mar 19;7(3):e261001.
2 Ayers JW, Poliak A, Dredze M, et al. Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. JAMA Intern Med. 2023 Jun 1;183(6):589-96.
3 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. Acad Med. 2011 Aug;86(8):996-1009.
4 Raffle A, Sullivan F, McCartney M. Commercial self-testing is misleading and overdiagnosing healthy people. BMJ. 2026 Aug 19;394:e100605.
5 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les jeunes, les diplômés et les habitants des grandes villes recourent davantage aux téléconsultations. Paris: DREES; 2026 Feb. (Études et Résultats; no 1366).
6 WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine [Internet]. WONCA Europe; 2023. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
7 Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 2005 Aug 10;294(6):716-24.
8 May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ. 2009 Aug 11;339:b2803.
9 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.

PRE STÉPHANIE SIDORKIEWICZ

Center for research in epidemiology and statistics (CRESS), Inserm, INRAE, Université Paris Cité et Université Sorbonne Paris Nord, France
Département de médecine générale, Université de Paris Cité, France
stephanie.sidorkiewicz@u-paris.fr

Extrait de la Revue médicale suisse 1/2

ÉDITORIAL

Pour un système de santé antifragile

Dr ALEXANDRE GOUVEIA et Pre CAROLE CLAIR

Rev Med Suisse 2026; 22: 1783-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.982.49439





Articles publiés sous la direction de

ALEXANDRE GOUVEIA

Département des policliniques Direction médicale Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne

École de formation postgraduée médicale, Faculté de biologie et médecine Université de Lausanne

CAROLE CLAIR

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

École de médecine, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne

Les systèmes de santé sont soumis à un nombre croissant d'enjeux qui les déstabilisent: pandémies, vieillissement de la population, pénurie de professionnel-les, migrations, changement climatique, émergence de nouvelles technologies, conflits géopolitiques… Les chocs sont multiples et souvent cumulatifs. À cela s'ajoutent des coûts qui progressent de façon vertigineuse et se reportent sur la population. Ces éléments fragilisent la «santé» de ces systèmes, avec un risque de décompensation, voire de rupture. Un pronostic pessimiste qui, en un cercle vicieux, aggrave encore le mal.

Plutôt que de baisser les bras, nous pouvons penser cette impasse autrement, en nous inspirant de l'épistémologie du risque. Dans sa série d'essais *Incerto*, et particulièrement dans *Antifragile*, Nassim Nicholas Taleb distingue ce qui est fragile, robuste et antifragile.[1] Le fragile se détériore lorsqu'il est soumis au stress. Le robuste y résiste et demeure essentiellement inchangé. L'antifragile possède une propriété supplémentaire: confronté à la variabilité, aux erreurs et aux perturbations, il s'adapte et en sort renforcé. Taleb ajoute une condition: l'antifragilité naît de la décentralisation et de la multiplication de petites expérimentations locales, dont les erreurs restent limitées et dont les réussites peuvent être généralisées.

Cette distinction est particulièrement pertinente pour les systèmes de santé. Depuis la pandémie de Covid-19, nous avons beaucoup parlé de résilience. Dans sa définition la plus large, celle qu'adoptent l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, la résilience inclut déjà la capacité de se transformer.[2] Mais dans l'usage courant, le mot a fini par désigner surtout la capacité de tenir bon, puis de retrouver, après chaque crise, le fonctionnement qui prévalait avant elle. Or, les chocs que nous avons décrits sont simultanés et souvent imprévisibles. Parler d'antifragilité a le mérite de forcer l'ambition: un système de santé durable ne devrait pas seulement résister aux crises, mais se transformer grâce à elles.

PARLER D'ANTIFRAGILITÉ A LE MÉRITE DE FORCER L'AMBITION

C'est ici que les soins de premier recours prennent une importance particulière. Leur proximité avec la population permet d'identifier rapidement l'évolution des besoins. Leur polyvalence permet d'adapter les réponses à des contextes différents. Leur continuité permet de repérer précocement les maladies chroniques et de les accompagner dans la durée. Leur implantation territoriale permet de répondre à des besoins qui fluctuent selon les populations, les géographies et le temps. Leur caractère interprofessionnel permet de distribuer et partager les tâches et les compétences lorsque les ressources deviennent rares. Enfin, leur organisation décentralisée, avec des milliers de cabinets, de centres et de réseaux qui décident au plus près du terrain, est précisément la structure que Taleb décrit comme propice à l'antifragilité. L'Observatoire européen identifie d'ailleurs les soins de santé primaires comme une composante fondamentale de systèmes de santé capables de répondre aux futurs chocs sanitaires.[3]

Les soins de premier recours sont, en ce sens, les muscles du système de santé. Un muscle immobilisé finit par s'atrophier. Sollicité progressivement et régulièrement, il développe sa capacité et s'adapte. Mais surchargé sans récupération, il se blesse. Pour la première ligne, la récupération désigne le temps protégé pour se former, réfléchir et se réorganiser, les

Bibliographie

1 Taleb NN. Antifragile: Things That Gain from Disorder. New York: Random House; 2012.

2 Thomas S, Sagan A, Larkin J, et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. (Policy Brief; 36) [cité le 8 sept 2026]. Disponible sur: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-systems-resilience-key-concepts-and-strategies

3 Rajan D, Ventura I, Amrhein C, Eichwalder S, editors. Strengthening primary health care as a foundation for resilient health systems [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2023 [cité le 6 sept 2026]. Disponible sur: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-primary-health-care-as-a-foundation-for-resilient-health-systems

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

effectifs suffisants pour absorber l'imprévu sans rupture et la marge organisationnelle qui autorise l'essai et l'erreur. L'antifragilité de la première ligne ne signifie donc pas lui demander de faire toujours plus avec toujours moins. Elle suppose au contraire de lui donner suffisamment de ressources pour transformer les contraintes en adaptation. Une première ligne antifragile doit pouvoir expérimenter, apprendre de ses erreurs, redistribuer rapidement ses ressources et adapter ses réponses aux besoins changeants des populations qu'elle dessert.

C'est là que devrait se situer une part bien plus importante de nos investissements futurs. Continuer à financer l'innovation qui permet de mieux traiter et parfois de guérir est indispensable. Mais investir dans une première ligne capable de prévenir, promouvoir la santé, coordonner, apprendre et s'adapter l'est tout autant. Face à un avenir que nous ne pouvons pas entièrement prévoir, notre ambition ne devrait plus être seulement de construire un système de santé suffisamment solide pour résister au prochain choc. Elle devrait être de construire un système capable d'en sortir meilleur.

GE-MED
GENÈVE-MÉDECINS
022 754 54 54

Visites à domicile 24/7
Urgences palliatives
Centre de formation ISFM/FMH

20

Au service des professionnels de la santé et de leurs patients • info@gemed.ch • Plus d'info

1010861

Extrait de la Revue médicale suisse 1/1

REVUE MÉDICALE SUISSE

CORTEX

Placer la santé au cœur de la société

L'amélioration continue de l'état de santé de la population s'accompagne d'une expansion concomitante des attentes envers la santé : plus on vit longtemps, plus la maladie ou le déclin associés au vieillissement semblent inacceptables. La médicalisation d'un vaste ensemble de conditions, par exemple le surpoids ou l'infertilité, renforce le sentiment que des solutions techniques peuvent compenser les défaillances des corps humains. L'accumulation des connaissances et les traitements,– avérés ou potentiels, qui en sont issus génèrent de l'espoir, pensons par exemple aux promesses de la médecine personnalisée. Au-delà du concept de médicalisation désormais intégré dans le langage commun, la sociologie de la santé a également proposé la notion de santéisation pour évoquer l'omniprésence des injonctions à la vie saine, dans l'ensemble des âges et sphères de la vie. Cette attention constante et les appels à l'anticipation des risques rendent cependant la santé fragile, puisqu'elle apparaît comme étant en sursis, autour d'une frontière poreuse entre santé et maladie. Surtout, les recherches épidémiologiques et les réponses médicales focalisées sur les facteurs biologiques font porter l'attention sur la responsabilité des individus à façonner leur bonne santé. Ce modèle individuel non seulement induit une pathologisation de la vie ordinaire, comme discuté dans un article récent du *New York Times* consacré à la santé mentale,[1] mais encore entretient le mythe d'une santé à portée de main.

LES ATTENTES ÉLEVÉES ENVERS LA SANTÉ ALIMENTENT L'ANXIÉTÉ D'UNE PARTIE DE LA POPULATION

Ce cadrage, largement relayé par les médias, a des implications concrètes, qu'il s'agit d'interroger. En effet, les attentes élevées envers la santé alimentent l'anxiété d'une partie de la population. Alors que les risques restent souvent intangibles et silencieux, ils soulignent combien nous sommes vulnérables et font craindre de passer à côté de conditions qui pourraient être évitées. Le besoin de réassurance, présent tant chez les patients que chez les professionnels, encourage une surveillance étroite des paramètres biologiques personnels. Il fait croitre les demandes adressées au système de soins, appelé à mesurer, détecter et dépister. L'abaissement des seuils de tolérance aux variations et la constante redéfinition du normal encouragent des interventions de plus en plus régulières et précoces. La quête de santé se traduit aussi dans une surveillance continue de soi, rendue possible par tout un ensemble d'outils connectés. Ces évolutions, qui encouragent un suivi en direct des signaux du corps, fragilisent la connaissance tangible ou sensible du corps, dont la performance ou la bonne santé ne peuvent être évaluées qu'à l'aide de données prédictives, interprétées par des algorithmes ou des experts. La quantification de paramètres isolés fragmente l'expérience de la santé et oriente l'attention sur des corps, potentiellement, malades.

Cette vision de la santé reflète la socialisation médicale et les attentes des couches favorisées de la société. En effet, la capacité à se projeter dans le futur et se protéger des risques est propre aux sociétés riches, plus spécifiquement aux individus privilégiés dans ces sociétés. Elle conduit à une surconsommation de prestations médicales, appréhendée sous l'angle du surdiagnostic ou du surdépistage, dont les effets néfastes se déploient tant au plan individuel (interventions indues) qu'au plan collectif (coûts, impact environnemental). En même temps, cette expansion de la pathologisation et de la prévention excessive des risques se déploie alors même que des besoins fondamentaux ne sont pas couverts. De plus, les déterminants sociaux de la santé démontrent que la santé se construit en amont du système de soins et des connaissances médicales, ce que les progrès médicaux et le pouvoir gagné par les professions qui y sont associées tendent à faire oublier. Les études sur la persistance des inégalités sociales de santé montrent de manière répétée combien l'état de santé de la population est dépendant des contextes sociaux et économiques, entre pays mais aussi en leur sein. De plus, la recherche décrit de mieux en mieux comment il est affecté par des déterminants environnementaux et commerciaux, qui révèlent le rôle des logiques capitalistes dans l'organisation des activités humaines et la distribution inégale des ressources qui y est associée.

Ces éléments rappellent que la bonne santé est un choix de société. Contre les logiques suscitant anxiété et surconsommation, d'autres modèles sont possibles. Ils invitent à envisager la santé comme une ressource collective, à promouvoir en intégrant les principes de justice sociale. La solidarité appelle à repenser la distribution des ressources en intégrant la réalité des limites de celles-ci. Dans cette perspective, la réduction des inégalités sociales et de santé oblige à mettre en discussion et agir sur les mécanismes conduisant des groupes de la population à accumuler les désavantages, mais aussi sur les mécanismes permettant aux catégories privilégiées de continuer à accaparer certaines ressources. L'approche sociologique contribue à éclairer les tensions entre les aspirations légitimes à une bonne santé accessible à tou-tes et les conditions structurelles qui les entravent. Elle invite à inscrire la santé au cœur de la société et à prendre au sérieux les rapports de pouvoir qui continuent de façonner sa distribution.

1 Routledge C. Stop pathologizing ordinary life. New York : New York Times, 2026 July 26.

PRE CLAUDINE BURTON-JEANGROS

Institut de recherches sociologiques
Université de Genève – 1211 Genève 4
claudine.jeangros@unige.ch
ORCID : https://orcid.org/0000-0003-2258-9728

Rev Med Suisse 2026; 22: 1736
DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49333

Extrait de la Revue médicale suisse 1/5

eHEALTH

Santé numérique

Télémédecine en soins d'urgence préhospitaliers: lumières et ombres d'une pratique émergente

PAOLO MARTINELLI[a], Pre CARYN MATHY[a], Pr ROMUALD MOSQUERON[a], SAMUEL FOURNIER[b], BRUNO DA ROCHA CARVALHO[a] et Dre LILIANE KEOPRASEUTH[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1725-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.980.48422

Les services d'urgence hospitaliers et préhospitaliers suisses sont soumis à une pression croissante. Dans ce contexte, les dispositifs d'urgence communautaire visent à optimiser le déploiement des ressources humaines et matérielles de manière proportionnée à des contextes préhospitaliers où l'urgence est majoritairement qualifiée de relative. Néanmoins, les professionnel-les rencontrent parfois des situations plus complexes dont la résolution pourrait être soutenue grâce à la télémédecine. Cet article explore ainsi le potentiel offert par la télémédecine dans les soins d'urgence préhospitaliers. Plus précisément, il présente les pressions pesant sur les services d'urgence, décrit les modèles d'urgences communautaires comme piste de solution, puis discute des bénéfices et des défis de la télémédecine préhospitalière. Enfin, des pistes de réflexion sont proposées pour répondre aux besoins des ambulancier-ères communautaires.

Telemedicine in prehospital emergency care: light and shadow of an emerging practice

Swiss hospital and prehospital emergency services are under increasing pressure. In this context, community emergency response systems aim to optimize the deployment of human and material resources in a way proportionate to prehospital settings in which emergencies are predominantly classed as non-urgent. Nevertheless, professionals occasionally encounter more complex situations whose resolution could be supported through. This article explores the potential of telemedicine in prehospital emergency care. Specifically, the pressures on emergency services are presented, and community emergency models are described as a possible solution. Finally, we discuss the benefits and challenges of prehospital telemedicine and suggest avenues for adaptation to the needs of community paramedics.

INTRODUCTION

En Suisse, les services d'urgence préhospitaliers sont exposés à des pressions accrues.[1] Pour optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles, il est nécessaire de repenser la réponse aux urgences préhospitalières.[2] À cet égard, les modèles d'urgence communautaire permettraient de rationaliser les ressources disponibles, notamment en impliquant parfois plus qu'un-e seul-e ambulancier-ère. Dans ce contexte, il existe cependant des situations plus complexes que celles attendues, où des solutions numériques, telles que la télémédecine, pourraient alors soutenir l'intervention des ambulancier-ères.[3] Toutefois, à ce jour, peu d'attention a été portée à ces solutions numériques et à la manière dont elles pourraient s'adapter aux besoins des professionnel-les. Sur la base d'une revue de la littérature, cet article révèle les apports et enjeux de l'implémentation préhospitalière de la télémédecine d'urgence.

Cet article décrit d'abord les pressions actuelles qui pèsent sur les services d'urgences. Il examine ensuite le potentiel des dispositifs de télémédecine, en mettant en lumière leur rôle crucial pour soutenir les ambulancier-ères travaillant seul-es. Enfin, il analyse les bénéfices et les défis de la télémédecine préhospitalière, tout en soulignant la nécessité d'adapter ces outils aux spécificités de l'urgence communautaire.

SURCHARGE DES SERVICES D'URGENCE

Les services d'urgences sont confrontés à des pressions croissantes et multiples.[4] Celles-ci résultent du vieillissement démographique, de la complexification des cas d'urgence, de la sous-utilisation des soins primaires et du fonctionnement institutionnel de ces services.[5] Ainsi, en Suisse, les appels à la centrale d'appels sanitaires d'urgence (CASU-144) sont en constante augmentation, avec une hausse des interventions ambulancières de 20% entre 2016 et 2023.[6] Parallèlement, ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de pénurie de personnel: 7,1% des postes d'ambulancier-ère diplômé-e ES en Suisse étant vacants en 2023.[6,7] Ce déficit tient notamment aux sorties précoces des soignant-es de leur profession.

Afin de répondre à ces enjeux, différents programmes cantonaux ont été mis en place pour soutenir la formation de nouveaux-elles soignant-es et les fidéliser.[8] De plus, un dispositif cantonal encadre l'engorgement des hôpitaux vaudois et leurs services d'urgence. En revanche, l'attractivité des services préhospitaliers fait l'objet d'une attention et de mesures plus limitées alors même qu'elle impacte directement les hôpitaux et leurs services d'urgence.

[a]Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 1400 Yverdon-les-Bains, [b]École supérieure d'ambulancier et de soins d'urgence romande, 1052 Le Mont-sur-Lausanne
paolo.martinelli@unil.ch | caryn.mathy@heig-vd.ch | romuald.mosqueron@heig-vd.ch
s.fournier@es-asur.ch | bruno.darochacarvalho@heig-vd.ch
liliane.keopraseuth@heig-vd.ch

Extrait de la Revue médicale suisse 2/5

REPENSER L'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE: URGENCES COMMUNAUTAIRES ET TÉLÉMÉDECINE

À chaque intervention prioritaire, une ambulance entièrement équipée et au moins deux ambulancier-ères sont mobilisé-es; dans environ 10% des cas, un-e médecin urgentiste l'est également.[9] Cependant, une part importante de ces missions concerne des situations d'urgence relative ou relevant des soins primaires, qui ne sont pas considérées comme des urgences vitales. Selon la littérature, 11 à 61% des transports en ambulance ne sont pas médicalement nécessaires.[10] Dans ces situations, les modèles de paramédecine communautaire (community paramedicine) permettent d'optimiser les ressources humaines et matérielles déployées. Ces modèles de soins désignent l'application des compétences des ambulancier-ères dans des environnements situés en dehors du schéma habituel d'intervention.[3] Les ambulancier-ères communautaires fournissent ainsi des soins primaires, prennent en charge des problèmes de santé non aigus et effectuent des évaluations cliniques approfondies.[3,11] Souvent, ces ambulancier-ères interviennent seul-es avec un véhicule léger (c'est-à-dire qui ne permet pas le transport de patient-es), mais peuvent aussi être accompagné-es d'un-e autre soignant-e (par exemple, un-e infirmier-ère) ou être supervisé-es par un-e médecin.[3]

Différents éléments freinent cependant l'efficacité de leur intervention. Notamment, ils/elles sont limité-es dans leurs pratiques de soin par des contraintes juridiques, et des spécificités médicales et interpersonnelles qui ne relèvent pas de leur champ de compétences spécifiques.[12,13] En Suisse, l'ambulancier-ère ne peut administrer des médicaments soumis à ordonnance que sur délégation et sous la responsabilité d'un-e médecin, le diagnostic, l'orientation, et le suivi thérapeutique restant de la compétence exclusive de ce/cette dernier-ère. Ainsi, seule l'assistance à distance d'un-e médecin permet de conserver les bénéfices du dispositif communautaire. L'utilisation de la télémédecine – entre ambulancier-ère et médecin à distance, ou entre médecin et patient-e de manière assistée par l'ambulancier-ère – peut donc offrir une solution adaptée aux pressions exercées sur les services d'urgence.

La télémédecine a connu une importante expansion au cours de la dernière décennie, en particulier durant la pandémie de Covid-19.[14] Les téléconsultations ont été largement utilisées dans l'interaction de soins entre professionnel-les et patient-es (**figure 1**). Ces pratiques sont largement plébiscitées par les soignant-es et permettent aux patient-es d'accéder à un spectre plus large de prestations médicales.[15,16] Malgré leur potentiel,[17] l'utilisation de la télémédecine dans les urgences relatives en préhospitalier est peu répandue. Il est donc pertinent d'identifier les apports et les enjeux actuels de la télémédecine pour l'optimisation des ressources humaines et matérielles des services d'urgence.[2]

CONNECTER DES PROFESSIONNEL-LES DANS LES SOINS D'URGENCE PRÉHOSPITALIERS

L'implémentation de la télémédecine est en expansion dans les soins d'urgence préhospitaliers, avec une utilisation grandissante d'objets connectés de téléconsultation.[18,19] La plupart de ces systèmes sont composés de multiples dispositifs, impliquant des plateformes de communication et des outils de transfert de données médicales (**figure 2**). En revanche, lors

FIG 1 **Trajectoires de communication de télésanté d'urgence**

Les flèches grises représentent les communications entre professionnel-les de soin et les patient-es à domicile. Les flèches bleues indiquent les communications de télésanté, tant en dehors que dans la situation de soin. Les lignes bleues traitillées représentent l'implication des patient-es dans une utilisation de la télémédecine d'urgence entre professionnel-les, la communication se limitant à l'échange entre professionnel-les en présence du-de la patient-es. La zone gris foncé (cercle sur la partie droite de la figure) représente le contexte de soins d'urgence et d'urgence relative.

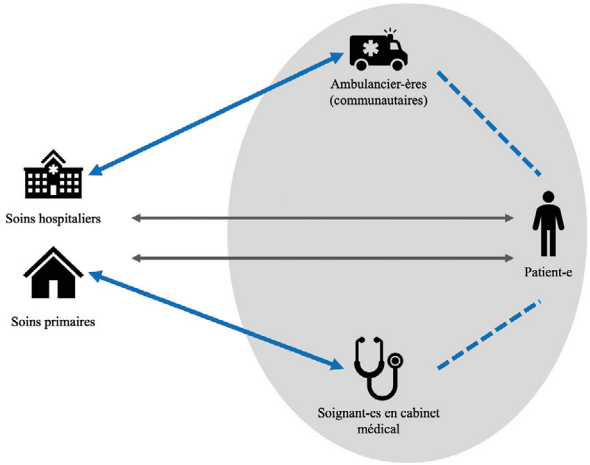
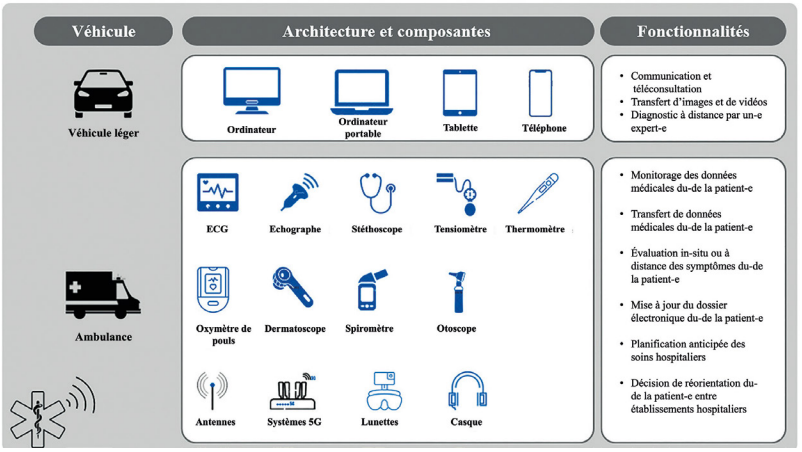


FIG 2 **Dispositifs de télémédecine d'urgence existants**

Véhicules mobilisés, architecture, composantes et fonctionnalités.
Au sein des véhicules mobilisés en situation d'urgence (léger ou ambulance), plusieurs composantes documentées constituent l'architecture de la télémédecine d'urgence. Leurs fonctionnalités, de communication ou de mesure, sont détaillées à droite de la figure.



(*D'après réf.*[19]).

d'interventions sans ambulance, certain-es professionnel-les sont équipé-es de systèmes monopériphériques, c'est-à-dire limités à la communication (**figure 2**). Si l'utilisation de ces systèmes semble positive, il reste nécessaire d'approfondir de nombreux points, en particulier: les enjeux techniques (transmission des données), cliniques (fiabilité de l'évaluation à distance), organisationnels (compétences et formations des soignant-es, délégation et coopération interprofessionnelle), juridiques (protection et sécurité des données), et économiques (financement des dispositifs et des prestations).

TÉLÉMÉDECINE DANS LES URGENCES PRÉHOSPITALIÈRES: APPORTS ET ENJEUX

Les professionnel-les témoignent d'une importante satisfaction concernant l'implémentation de la télémédecine dans les urgences vitales préhospitalières.[20] Ainsi, il ressort de la littérature que ces pratiques réduisent la durée de la prise en charge et améliorent la qualité des soins.[21-24] Ces apports sont favorisés par la qualité des données transmises,[25] et par la transférabilité des outils entre situations médicales.[23] Ces dispositifs favorisent également les délégations et les changements dans les pratiques médicales classiques,[24] sans altérer la qualité des évaluations effectuées.[26] Par ces apports, ces dispositifs soulagent les professionnel-les du secteur préhospitalier et des urgences,[27,28] et permettent une meilleure préparation à l'arrivée éventuelle des patient-es.[21]

Toutefois, une implémentation efficace de la télémédecine en préhospitalier requiert des conditions-cadres d'interdisciplinarité, de formation, de développement technologique et juridiques qui ne sont pas toujours réunies.[19] Si l'utilisation de la télémédecine s'inscrit dans une collaboration interdisciplinaire requérant des compétences spécifiques,[24] les formations des professionnel-les du secteur préhospitalier ne sont pas encore adaptées à ces nouvelles pratiques. Le cadre juridique et le modèle de rémunération de ces pratiques restent également à préciser.[29] De plus, des innovations technologiques doivent répondre aux enjeux techniques et de réseau, en proposant aux professionnel-les des outils ergonomiques, fonctionnant dans tout type de contexte.[20] Ces limitations reflètent une approche de la télémédecine qui a été principalement centrée sur les paramètres cliniques et techniques, au détriment des impacts organisationnels de la prise en charge. Les bénéfices cliniques et techniques sont réels, mais ne suffisent pas à eux seuls, à en faire une solution pertinente pour répondre aux difficultés des services d'urgence.[19] De nombreux aspects restent à explorer: le transfert de connaissances, les cadres légaux et de rémunération, les impacts sociaux, l'équité et l'accessibilité aux soins et les impacts environnementaux induits par ces nouvelles pratiques.[19] Dans la mesure où les projets et les expérimentations de service d'urgence communautaire se multiplient, la Suisse pourrait constituer un cadre idéal pour l'exploration de ces dimensions.

LA SUISSE COMME TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION

À ce jour, une seule étude pilote suisse a été menée au Valais.[30] Elle a montré la faisabilité et la pertinence d'un appui du médecin urgentiste à distance aux ambulancier-ères pour des situations sans menace vitale aiguë. Le/la médecin a contribué à la prise en charge dans un tiers des missions (aide à la décision, orientation), témoignant d'un besoin réduit de sa présence sur place. Cependant, l'étude pilote n'a pas évalué

Extrait de la Revue médicale suisse 4/5

l'optimisation des ressources ambulancières, puisqu'une ambulance et son équipage ont été systématiquement mobilisés (le dispositif a été prévu pour limiter les déplacements du/de la médecin, et non de l'ambulance), ce qui limite les enseignements de la télémédecine dans des contextes de paramédecine communautaire.[19] Les limites de ces études concernent non seulement les technologies mobilisées, mais aussi les transformations organisationnelles sur les processus de prise en charge, les compétences et capacités des organisations de santé et des professionnel-les utilisateur-ices.

Le développement d'une stratégie de prise en charge télémédicalement assistée nécessite donc de mener une réflexion interdisciplinaire pour élaborer un modèle d'implémentation optimale, soucieux des enjeux juridiques, organisationnels, financiers et économiques, pédagogiques, sociaux ainsi qu'environnementaux, impliqués par ces solutions de télémédecine.[19]

CONCLUSION

Aujourd'hui, d'importantes pressions pèsent sur le fonctionnement des services d'urgence suisses. En repensant le fonctionnement de la réponse aux urgences préhospitalières, qui se situent en amont, et en s'appuyant sur des solutions de télémédecine pour soutenir les ambulancier-ères communautaires, il est possible d'optimiser la gestion des ressources humaines et matérielles disponibles. L'état de la littérature met cependant en évidence l'absence de solutions de télémédecine adaptées aux urgences communautaires et appelle à élaborer des études interdisciplinaires qui rendent compte des transformations induites sur le système de santé et les professionnel-les utilisateur-ices. Il s'agit également d'anticiper le besoin de formation à la télémédecine pour les ambulancier-ères communautaires et aux médecins directement impliqué-es dans ces solutions, afin de renforcer leurs compétences. Cette interprofessionnalité à distance nécessite de préciser leurs rôles et responsabilités respectifs dans ces nouvelles pratiques, tout en explorant l'apport réel de ces solutions ainsi que leurs capacités et limites à s'inscrire dans l'écosystème sanitaire existant. Le panorama suisse des soins d'urgence nous paraît à ce titre un terrain propice pour entamer ces travaux ambitieux.

Conflit d'intérêts: S. Fournier est responsable d'un module et coconcepteur du CAS (Certificate of Advanced Studies) en approche interdisciplinaire en soins extrahospitaliers. Les autres auteur-ices n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

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

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

ORCID ID
P. Martinelli: https://orcid.org/0009-0009-1474-7053
C. Mathy: https://orcid.org/0000-0002-4500-4588
R. Mosqueron: https://orcid.org/0000-0002-8394-2129
S. Fournier: https://orcid.org/0000-0002-0654-1065
B. Da Rocha Carvalho: https://orcid.org/0009-0008-3230-7345
L. Keopraseuth: https://orcid.org/0009-0008-6263-008X

L'ESSENTIEL POUR LA TRANSFORMATION

- Face à la pression sur les services d'urgences, la paramédecine communautaire émerge comme solution d'optimisation des ressources.
- Les ambulancier-ères communautaires se déplaçant seul-es et en véhicule léger se retrouvent parfois confronté-es aux limites de leurs compétences, cliniques, technologiques et juridiques.
- La téléconsultation permettrait de dépasser ces limites par un soutien médical à distance, tout en préservant l'objectif d'optimisation des ressources.
- Son utilisation suppose d'adapter non seulement les technologies, mais aussi les organisations professionnelles (rôles, formations, cadre de délégation et de rémunération).
- Des études interdisciplinaires doivent être menées pour proposer des dispositifs de télémédecine adaptés aux besoins de terrain.

SOUMETTRE UN MANUSCRIT

Pour les thématiques et le format, merci de vous référer au site de la RMS: www.revmed.ch/ publier-dans-la-revue/rubriques-de-la-revue.
Les textes sont à envoyer à: redaction@revmed.ch
Pour toute information complémentaire: sanae.mazouri@revmed.ch

1 European Emergency Medicine in Numbers. Emergency Medicine Epidemiology Series 1.0 [En ligne]. [no date]. Disponible sur: https://eusem.org/images/European_EM_in_numbers.pdf
2 Benjamin E. Innovations in emergency nursing: adapting patient flow management to emergency department overcrowding. J Emerg Nurs. 2025 Mar;51(2):261-8. DOI:10.1016/j.jen.2024.10.002.
3 **Shannon B, Baldry S, O'Mera P, et al. The definition of a community paramedic: an international consensus. Paramedicine. 2023 Feb;20(1):4-22. DOI:10.1177/27536386221148993.
4 Marzano L, Darwich AS, Jayanth R, et al. Diagnosing an overcrowded emergency department from its electronic records. Sci Rep. 2024 Apr 30;14(1):9955. DOI:10.1038/s41598-024-60888-9.
5 Sartini M, Carbone A, Demartini A, et al. Overcrowding in emergency department: causes, consequences, and solutions–a narrative review. Healthcare (Basel). 2022 Aug 25;10(9):1625. DOI:10.3390/healthcare10091625.
6 Regener H. Maintien dans la profession: ambulancières et ambulanciers diplômés ES [rapport]. Nottwil (CH): Institut suisse de médecine d'urgence SIRMED; 26 juin 2024..
7 Merçay C, Grünig A, Dolder P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021: effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2021. Report n° 03.
8 État de Vaud. InvestPro [En ligne]. [no date]. Disponible sur: www.vd.ch/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/soins-infirmiers-vaudois-evenements-et-actions/investpro
9 Dax F, Trentzsch H, Lazarovici M, et al. Ambulance deployment without transport: a retrospective difference analysis for the description of emergency interventions without patient transport in Bavaria. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2023 Dec 6;31(1):93. DOI:10.1186/s13049-023-01159-w.
10 Ebben RHA, Vloet LCM, Speijers RF, et al. A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017 Jul 17;25(1):71. DOI:10.1186/s13049-017-0409-6.
11 Shannon B, Eaton G, Lanos C, et al. The development of community paramedicine; a restricted review. Health Soc Care Community. 2022 Nov;30(6):e3547-61. DOI:10.1111/hsc.13985.
12 Paramalingam A, Ziesmann A, Pirrie M, et al. Paramedic attitudes and experiences working as community paramedic: a qualitative survey. BMC Emerg Med. 2024 Apr 1;24(1):50. DOI:10.1186/s12873-024-00972-5.
13 Pearson KB, Shaler G. Community paramedicine pilot programs: lessons from Maine. J Health Hum Serv Adm. 2017;40(2):141-85. Disponible sur: www.jstor.org/stable/44631858

Extrait de la Revue médicale suisse 5/5

14 Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. Lancet. 2020 Apr 11;395(10231):1180-1.
15 Andreadis K, Muellers K, Ancker JS, et al. Telemedicine impact on the patient-provider relationship in primary care during the COVID-19 pandemic. Med Care. 2023 Apr 1;61(Suppl 1):S83-8. DOI:10.1097/mlr.0000000000001808.
16 Moulaei K, Sheikhtaheri A, Fatehi F, Shanbehzadeh M, Bahaadinbeigy K. Patients' perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: a mixed-methods study on 1226 patients. BMC Med Inform Decis Mak. 2023 Nov 15;23(1):261. DOI:10.1186/s12911-023-02348-4.
17 Austin MA. Outdated and overwhelmed: evolving 9-1-1 for modern health care. Prehosp Emerg Care. 2025;29(5):561-3. DOI:10.1080/10903127.2025.2487136.
18 *Janerka C, Leslie GD, Mellan M, Arendts G. Review article: Prehospital telehealth for emergency care: a scoping review. Emerg Med Australas. 2023 Aug;35(4):540-52. DOI:10.1111/1742-6723.14224.
19 Martinelli P, Mathy C, Mosqueron R, et al. From devices to solutions: a rapid literature review on provider-to-provider telemedicine use in prehospital emergency care. Prehosp Emerg Care. Submitted.
20 Barrett KM, Pizzi MA, Kesari V, et al. Ambulance-based assessment of NIH Stroke Scale with telemedicine: a feasibility pilot study. J Telemed Telecare. 2017 May;23(4):476-83. DOI:10.1177/1357633x16648490.
21 Gilligan P, Bennett A, Houlihan A, et al. The doctor can see you now: a key stakeholder study into the acceptability of ambulance based telemedicine. Ir Med J. 2018 Jun 7;111(6):769.
22 O'Sullivan S, Krautwald J, Schneider H. Improving introduction of telemedicine in pre-hospital emergency medicine: understanding users and how acceptability, usability and effectiveness influence this process. BMC Emerg Med. 2024 Jul 12;24(1):114. DOI:10.1186/s12873-024-01034-6.
23 Bergrath S, Czaplik M, Rossaint R, et al. Implementation of a multicenter prehospital telemedicine system to support paramedics: feasibility and possible limitations. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013 Jul 11;21:54. DOI:10.1186/1757-7241-21-54.
24 Schröder H, Beckers SK, Borgs C, et al. Long-term effects of prehospital telemedicine system on structural and process quality indicators of an emergency medical service. Sci Rep. 2024 Jan 3;14(1):310. DOI:10.1038/s41598-023-50924-5.
25 Cho SJ, Kwon IH, Jeong J. Application of telemedicine system to prehospital medical control. Healthc Inform Res. 2015 Jul;21(3):196-200. DOI:10.4258/hir.2015.21.3.196.
26 Smith SNC, Govindarajan P, Padrick MM, et al. A low-cost, tablet-based option for prehospital neurologic assessment: The iTREAT Study. Neurology. 2016 Jul 5;87(1):19-26. DOI:10.1212/WNL.0000000000002799.
27 Clover MC. Qualitative analysis of EMS provider focus group assessment of rural EMS telemedical program [dissertation] [En ligne]. University of Arizona: Texas; 2022. Disponible sur: http://hdl.handle.net/10150/665741
28 Sténou V, Levéziel D, Amiot F, Lamhaut L, Delomas T. Does remote consultation mobile unit or phygitale medical unit, a new way of managing unscheduled care in general medicine, make it possible to reduce the use of emergency rooms? J Eur Urgences Reanim. 2022 Dec;34(4):156-65. DOI:10.1016/j.jeurea.2022.12.001.
29 Chen B, Shi X, Feng T, et al. Construction and application of a private 5G standalone medical network in a smart health environment: exploratory practice from China. J Med Internet Res. 2024 Oct 24;26:e52404. DOI:10.2196/52404.
30 *Jobé C, Carron P-N, Métrailler P, et al. Introduction of telemedicine in a prehospital emergency care setting: a pilot study. Int J Telemed Appl. 2023 Mar 23;2023:1171401. DOI:10.1155/2023/1171401.

* **à lire**
** **à lire absolument**

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 Abdirahman ALI
Avenue de Champel 24 – 1206 Genève
Né en 1994, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2020 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2026 en Suisse

Après avoir suivi ses études de médecine à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2020, il a effectué sa formation en médecine interne générale aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et à l'Hôpital du Valais (CHVR). Il a ensuite exercé en tant que chef de clinique au sein du service de médecine de premier recours des HUG, avant de s'installer en cabinet privé en novembre 2026.

Dre Charlotte DE PREE
Groupe médical du Petit Saconnex SA
Chemin Moïse-Duboule 55 – 1209 Genève
Née en 1995, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2019 en Suisse
Titre postgrade en Pédiatrie en 2026 en Suisse

Après avoir terminé ses études de médecine à l'UNIGE en 2019, elle réalise ses deux premières années d'internat de pédiatrie à l'Hôpital de Fribourg. Elle poursuit ensuite avec trois années au sein des HUG, puis décide de perfectionner sa pratique ambulatoire en prolongeant son internat d'une année supplémentaire qu'elle effectue en cabinet de pédiatrie sur le canton de Fribourg. De retour à Genève, elle s'installe en cabinet de groupe le 1er mars 2027.

Dre Sabrina DELLAS-AURILIA
Cabinet Les Psy Réunis Pécolat
Rue Pécolat 1 – 1201 Genève
Née en 1978, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2005 en Suisse
Titre postgrade en Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2025 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2005, elle a débuté son cursus post-gradué à l'hôpital de Delémont, qu'elle a ensuite poursuivi au CHUV, puis à l'OMP à Genève. Elle a également bénéficié d'une brève expérience au HUG et en cabinet privé. Actuellement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, elle s'installera en ville de Genève à partir de février 2027.

Dre Alessia RIME
Avenue de la Gare des Eaux-Vives 3
1207 Genève
Née en 1994, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2020 en Suisse
Titre postgrade en Pédiatrie en 2026 en Suisse

Diplômée de la Faculté de médecine de l'Université de Genève en 2020, Alessia Rime a suivi sa formation postgraduée en pédiatrie aux HUG durant 4 ans et 6 mois. Par la suite, elle a complété sa formation par une année d'activité dans le service de pédiatrie de l'Hôpital de La Tour en tant que Cheffe de Clinique adjointe. Après l'obtention de son titre de spécialiste en pédiatrie en septembre 2026, son projet est de s'installer en cabinet aux Eaux-Vives dès décembre 2026.

Dre Florence SOMERS
Avenue industrielle 1 – 1227 Carouge
Née en 1979, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2009 en France, Reconnaissance en 2017
Titre postgrade en Endocrinologie-diabétologie en 2010 en France, Reconnaissance en 2017

Après avoir suivi sa formation en médecine puis sa spécialisation en endocrinologie-diabétologie au Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble (France), elle a exercé en tant que responsable de service en Diabétologie-endocrinologie à l'hôpital d'Annemasse de 2011 à 2017. Elle a choisi de se perfectionner en Education Thérapeutique du Patient (ETP) en intégrant l'unité d'ETP aux HUG prenant en charge les personnes en situation de diabète et/ou d'obésité, dans son canton d'origine, ou elle a occupé le poste de médecin adjoint à partir de 2023. Elle s'est investie dans la formation en ETP des professionnels de santé comme membre de l'équipe pédagogique du CAS-DAS en ETP à l'Université de Genève. Elle a fortement soutenu le développement et la mise en pratique du partenariat en santé dans l'institution. Elle est installée en ville de Genève depuis le 01.11.2026 comme diabétologue-endocrinologue.

Réadmission de membres / mutations internes

Membre passif voulant redevenir actif :

Dre Foteini LYMPEROPOULOU
au 1er janvier 2027.

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans :

Dre Stéphanie ANDRADE LOPES
Dr José Manuel BAIAO BOTO
Dr Michael BUYCK
Dre Aliénor CONUS
Dre Catherine FETTER PENAUD
Dr Hadrien GOLAY
Dr Marc HEYMANN
Dr Yves-Bernard JACCARD

Dr Zsofia Lilla JAKAB
Dr Ismini MAINTA
Dr Adrien MAY
Dr Claire OTTERSTRÖM
Dr Maricé PEREIRA CAMEJO
Dr Jean-Michel PONCET
Dre Charlotte RENOULT
Dr Lorenzo TOSETTI
depuis le 10 octobre 2026

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Antoine Sébastien ACKER
Dr Amr AREF
Dre Laura BARBOLINI
Dre Fanny BEURCQ
Dre Céline BROQUET
Dre Anaïs BUFFAT
Dr Julien CELI
Dre Suzanne CHARTIER
Dr Olivier CHATELANAT
Dre Isabelle DEVOUGE
Dr Jonathan DOUISSARD
Dr Laurent DUPUIS
Dre Tara FAUQUEX-BOPP
Dre Nathalie FAVRE
Dre Sarah GARAUD
Dre Valentina GARIBOTTO
Dre Joan GIL MINANA
Dre Lorraine LEBRUN
Dre Marina LUMBRERAS ARETA
Dre Anu MEHRA
Dre Lucille Manuelle NICHOLS
Dre Sindy NUNEZ GOMEZ
Dr Otis OLELA
Dr Filippo PIEROBON
Dre Audrey PREGERNIG-METROZ
Dre Sophie PROD'HOM
Dre Maria Julia RODRIGUEZ FERNANDEZ
Dr Frédéric ROSSI-MOSSUTI
Dr Matteo SCAMPA
Dre Pauline SCIRE
Dre Ioana Andreea SERBAN
Dr Samuel TEKLEAB
Dre Chiara TESTI
Dre Marjolaine UGINET
Dre Flore VALERIO
Dre Delphine VETTERLI
Dr Nicolas VILLARD
depuis le 10 octobre 2026

Membres seniors

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

Dre Silvia BARBETTA
Dre Daisy DENEREAZ
Dr Jean-Marc REYMOND
au 1er 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) :

Dre Nathalie FAVRE
Dre Nathalia ROTEN
au 31 décembre 2026.

Contrats de médecin-conseil et de médecin du travail

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

Dr Emmanuel FRITSCH
Médecine du travail, médecin-conseil pour l'Association EMS Le Nouveau Prieuré

Dr Anthoula MARKOULIDAKI
Pédiatrie, médecin répondant pour l'école privée TotUp

Dr Oscar MONTORO
Médecin praticien, médecin-conseil pour Black Tap Genève SA

GESPOWER
Société fiduciaire et de gestion

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**

GENÈVE
Route des Acacias 48 · 1227 Carouge

LAUSANNE
Rue Saint-Pierre 4 · 1003 Lausanne

E-MAIL
fiduciaire@gespower.ch

058 822 07 00
www.gespower.ch

AMG-00000133

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Le Dr Florent Alexandre BONVIN
consulte désormais à MEDIMAGE,
1 route de Florissant, 1206 Genève

La Dre Ioanna GIANNAKOU
consulte désormais également au
20 Rue Général Dufour, 1204 Genève

Le Dr Hadrien GOLAY
consulte désormais au
7 rue du Léopard, 1227 Carouge

Le Dr Yann PAREL
consulte désormais au
2 chemin du Pavillon,
1218 Grand-Saconnex

Le Dr Marc PROD'HOM
consulte désormais au
8Bis chemin des bois,
1255 Veyrier

La Dre Helia ROBERT-EBADI
consulte désormais également
au 1bis Ave JD Maillard, 1217 Meyrin

Le Dr Gilles ZANONI
consulte désormais au
40 Chemin de la Chapelle,
1232 Confignon

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès de

Dr Robert Edmond DU BOIS
survenu le 11 octobre 2026

Dr Nicolas REVERDIN
survenu le 27 octobre 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



MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:
- réhabilitation en médecine interne générale
- prise en charge des maladies chroniques et psychosomatiques
- réhabilitation post-opératoire
- enseignement thérapeutique

Admissions

Rendez-vous sur **hug.ch/crans-montana/admissions**
La clinique se charge des démarches administratives auprès des assurances maladies et/ou accidents.
✆ 027 485 61 22 - admissions.cgm@hug.ch

HUG Hôpitaux Universitaires Genève | CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

1010219