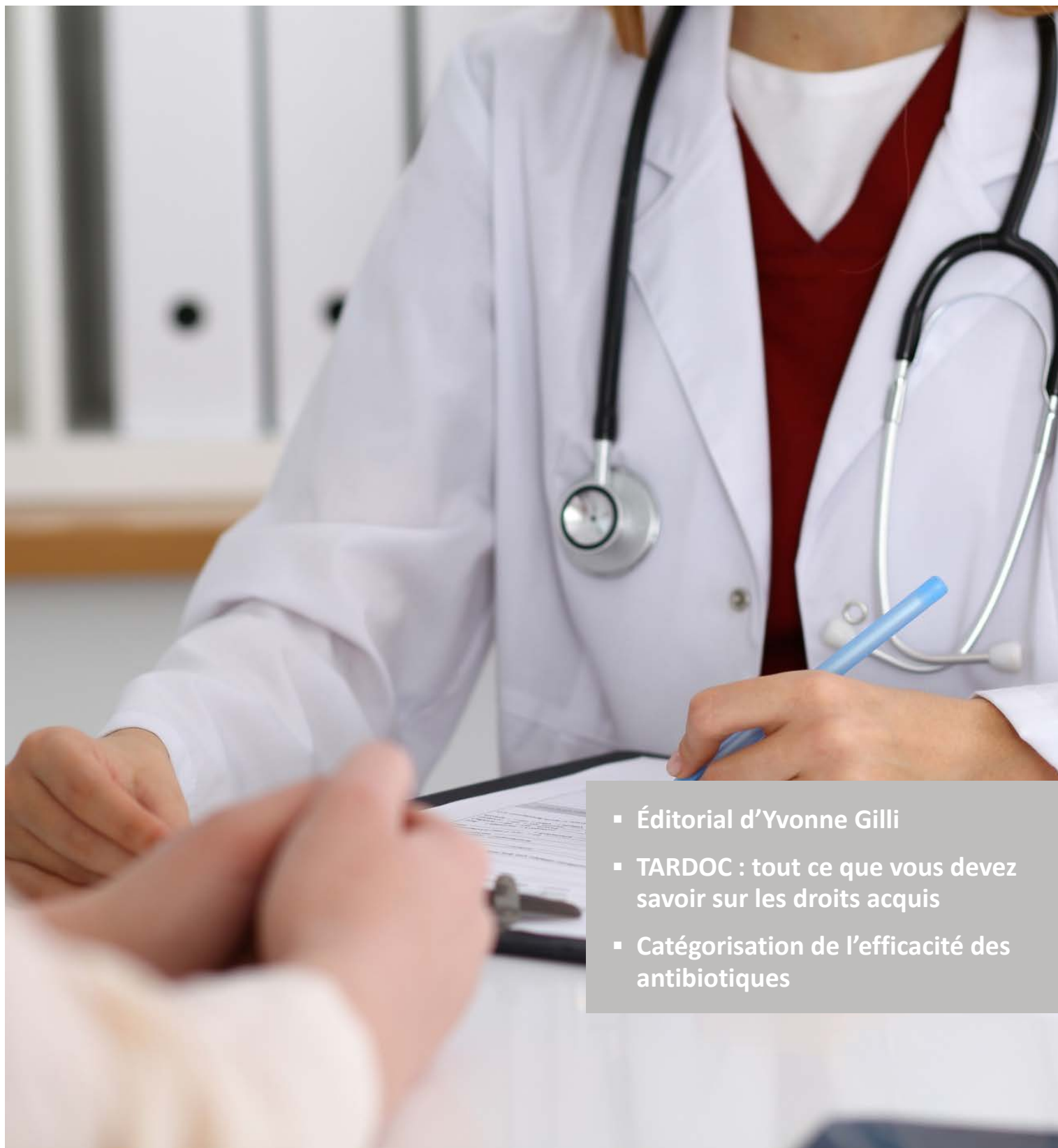




- Éditorial d'Yvonne Gilli
- TARDOC : tout ce que vous devez savoir sur les droits acquis
- Catégorisation de l'efficacité des antibiotiques

Sommaire

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Éditorial d'Yvonne Gilli                                     | 3  |
| TARDOC : tout ce que vous devez savoir sur les droits acquis | 6  |
| Catégorisation de l'efficacité des antibiotiques             | 8  |
| Nouvelles du corps médical                                   | 10 |
| Communications                                               | 11 |

Pénurie de médecins de premier recours : c'est possible de l'enrayer, mais il faut en connaître les causes

**Pénurie de médecins** *La pénurie de médecins en Suisse se ressent particulièrement en médecine de premier recours. Afin de garantir une bonne prise en charge médicale grâce à suffisamment de personnel qualifié, il est donc nécessaire de bien comprendre les causes du problème et les conditions requises pour que la médecine de premier recours soit en mesure de répondre aux besoins de la population.*



Dre méd. Yvonne Gilli  
Présidente de la FMH

Publiés début 2023, les résultats de l'enquête «International Health Policy (IHP)» sur la médecine de premier recours ont suscité à l'époque des réactions majoritairement positives. Le système de santé de notre pays obtenait la meilleure note en comparaison internationale [1] : 58 % des médecins de premier recours exerçant en Suisse se disaient satisfaits de leur activité, contre moins de 30 % en Allemagne ou en France. Pourtant, la tendance en Suisse était négative. Le niveau de satisfaction était en chute libre tandis que le stress et les tâches administratives augmentaient fortement. Un quart des personnes interrogées envisageaient d'abandonner leur activité curative auprès des patientes et des patients et un tiers des cabinets (32 %) n'acceptaient plus de nouveaux patients, soit plus du double que dix ans plus tôt (14 %) [2].

**La stratégie de valorisation a accentué la pénurie**  
La raison de cette pénurie est simple : la Suisse ne forme pas suffisamment de médecins, et ce précisément en raison de la «Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours» mise en place par le Conseil fédéral [3]. En 2011, il estimait qu'il faudrait «dorénavant [former] entre

1200 et 1300 médecins chaque année» pour couvrir «dans son intégralité» le volume de travail «effectué par les médecins formés en Suisse». La stratégie promettait des «gains d'efficacité» pour compenser les besoins supplémentaires à venir et affirmait tenir compte de la baisse du taux d'occupation et du nombre de personnes risquant de quitter la profession [3]. Or les chiffres montrent que ce résultat reste très éloigné de la réalité : depuis 2012, la Suisse a rarement compté moins de 3200 nouveaux diplômes de médecin chaque année (le plus souvent vers les 4000) et, parmi eux, pas moins de 72 % ont été obtenus à l'étranger [4,5].

**C'est à l'étranger que cela se décide**  
Ces nouveaux médecins arrivent souvent avec leur diplôme obtenu dans leurs pays respectifs, mais aussi après avoir accompli toute leur formation de spécialiste hors de nos frontières. Cette configuration est de plus en plus fréquente étant donné que la Suisse forme beaucoup moins de médecins que ses besoins l'exigent : parmi les médecins spécialistes qui ont commencé à exercer entre 2003 et 2012, 37 % «seulement» avaient achevé leur formation à l'étranger tandis que ce taux atteint 46 % pour celles et ceux qui ont commencé à pratiquer entre 2013 et 2022 [4].

La dépendance de l'étranger crée une pénurie de généralistes

Les conséquences de cette dépendance se ressent particulièrement en médecine de premier recours, car les médecins étrangers comblent principalement nos lacunes dans les disciplines spécialisées. En effet, depuis des décennies, seuls 30 % environ exercent la médecine de premier recours avec un titre de médecine interne générale, de pédiatrie ou de médecin praticien. Par rapport aux 45 % environ de spécialistes formés en Suisse, proportion restée stable depuis 1990, on remarque que l'intérêt pour la médecine de premier recours n'a pas diminué, contrairement à ce que beaucoup affirment, tandis que la dépendance à l'étranger a augmenté. Résoudre l'équation de la pénurie de médecins de premier recours demande donc aussi de réfléchir à notre dépendance aux médecins étrangers. Dès que la Suisse formera suffisamment de médecins spécialistes, la répartition entre les disciplines sera à nouveau équilibrée.

Une pénurie de généralistes peut entraîner une pénurie de spécialistes

Un autre argument plaide en faveur de la création d'un plus grand nombre de places d'études et de formation, à savoir que de plus en plus de pays européens (20 à l'heure actuelle) sont confrontés à une pénurie de médecins [6]. S'ils parviennent à retenir leurs médecins, la pénurie de spécialistes doublera en Suisse

avec d'importantes conséquences pour les patientes et les patients. À l'heure actuelle, chaque personne consulte en moyenne 2,3 fois par an en médecine de premier recours et 1,7 fois dans une discipline spécialisée [7]. La tendance internationale vers une médecine toujours plus spécialisée se confirme ici aussi [7] et ce ne sont ni les progrès de la médecine ni les possibilités en constante évolution qui la feront s'infléchir.

Une bonne médecine de premier recours exige une formation étendue

Dans ce contexte, les propositions récentes de cursus de formation spécifiques à l'intention des médecins de premier recours ne sont pas la panacée, au contraire. Elles ne prennent pas en compte la cause principale de la pénurie actuelle, à savoir notre dépendance à l'étranger, et risquent même d'avoir un effet délétère sur le système de santé. Si, aujourd'hui, les médecins de famille peuvent traiter un si grand nombre de problèmes de santé, c'est parce qu'ils disposent d'une formation longue et variée qui les familiarise avec les pathologies propres à de nombreuses autres disciplines. Sans ce fondement, la qualité des soins baisserait, engendrant un transfert accru vers les disciplines spécialisées et reléguant la médecine de premier recours à une médecine de seconde zone. Cela la rendrait moins attrayante et impliquerait une inégalité entre généralistes et spécialistes, qui ne manqueraient pas de se reper-

cuter à long terme sur les niveaux de rémunération. Cela ne ferait que l'affaiblir et la mener dans une impasse au lieu de la renforcer.

Conditions-cadres adaptées à la médecine de premier recours

Les nombreuses discussions politiques s'illustrent malheureusement souvent par un manque de compréhension des conditions nécessaires à une prise en charge médicale adéquate et efficace en termes de coûts. Les médecins de premier recours doivent notamment disposer de connaissances très larges, avoir acquis de l'expérience clinique et bénéficier d'infrastructures clés comme un laboratoire de cabinet qui leur permet de proposer des traitements rapides et ciblés, de réduire le nombre de consultations de suivi et d'éviter les transferts aux urgences. Pourtant, la FMH doit régulièrement s'opposer à des projets de loi qui s'attaquent aux fondements de ces laboratoires de cabinets. Pendant la session d'été en cours, le Conseil des États nous a finalement préservés d'une loi qui aurait empêché une tarification différenciée des analyses de laboratoire au cabinet et généré une charge administrative énorme et absurde [8]. Le Conseil national a en revanche soutenu le projet, ce qui montre bien que la question des tâches administratives n'est toujours pas prise au sérieux. Dans la dernière enquête IHP, 68 % des médecins de premier recours ont indiqué

que la charge administrative représentait un problème majeur ; un taux record en comparaison internationale [1]. Il est donc urgent de l'alléger et de cesser de soutenir des réglementations qui ne font que l'accroître au prétexte d'abaisser les coûts et d'améliorer la qualité.

Une bonne prise en charge médicale exige un temps de travail normal

Il est assurément contre-productif de faire porter le chapeau des manquements de ces dernières décennies aux généralistes qui travaillent à « temps partiel ». Après une longue formation en tant que médecin-assistant, des semaines de plus de 50 heures à l'hôpital sans oublier les innombrables gardes (la nuit et le week-end), toute personne qui décide de pratiquer dans un cabinet en vue d'un meilleur

équilibre entre vie professionnelle et vie privée ne devrait pas avoir à essuyer des critiques ou craindre des pénalités financières. Dans la dernière enquête IHP, 84 % des hommes et 61 % des femmes qui exercent la médecine de premier recours travaillent plus de 35 heures par semaine, voire plus de 45 heures pour la majorité d'entre eux [2]. Le temps de travail reste donc plus élevé chez les médecins que dans le reste de la population [9]. Normaliser le temps de travail des médecins peut impacter le temps consacré aux patientes et aux patients ce qui présente un inconvénient, mais présente l'avantage de ne plus restreindre l'accès à la profession aux seules personnes prêtes à sacrifier leur vie privée ou à déléguer l'ensemble des tâches familiales à leur conjointe.

Une bonne prise en charge médicale exige des politiques bien informées

Résoudre l'équation de la pénurie de médecins de premier recours repose sur des décisions éclairées. Autrement dit, il s'agit de reconnaître que la cause de la pénurie découle de notre dépendance aux médecins étrangers et d'accepter que nous ayons besoin de plus de médecins dans toutes les disciplines. Il faut donc en former davantage et créer plus de places d'études et de postes de formation postgraduée, ce qui profitera aussi à la médecine de premier recours perçue comme exigeante par le plus grand nombre, sans oublier la mise en place de conditions-cadres adéquates pour que les tâches administratives ne prennent pas l'ascendant sur le plaisir et la vocation d'exercer la médecine.

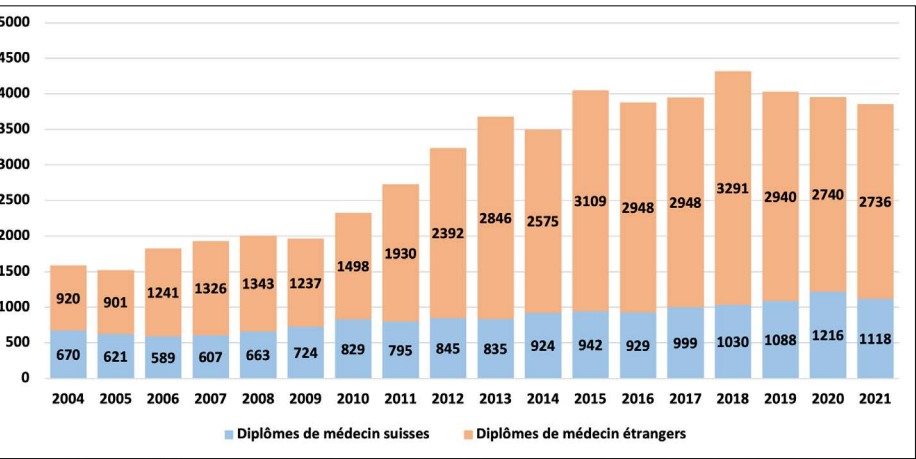


Figure 1 : Les estimations de la Confédération selon lesquelles il fallait seulement 1200 à 1300 nouveaux diplômés en médecine par an était très éloignée de la réalité. La Suisse doit donc couvrir ses besoins avec des médecins étrangers [5].

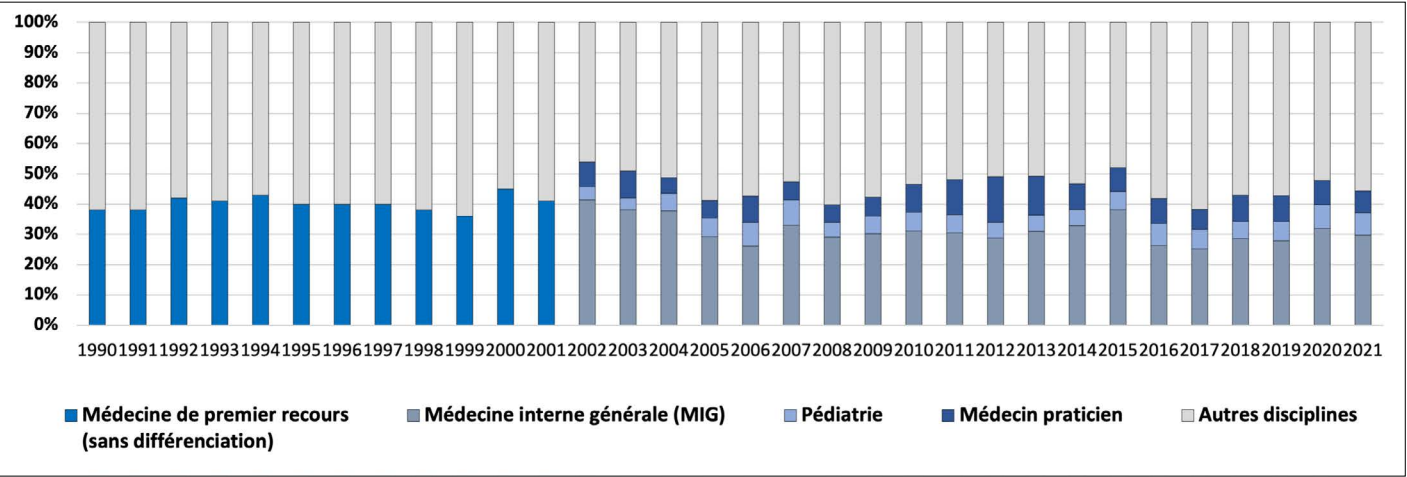


Figure 2 : Le pourcentage de médecins accomplissant leur formation de spécialiste en Suisse et choisissant une discipline relevant de la médecine de premier recours est similaire depuis des décennies.

Bibliographie

- Communiqué de presse de l'OFSP, 14 février 2023. Comparaison internationale : les médecins de premier recours suisses donnent la meilleure évaluation de la performance du système de santé, <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=93048>
- Tableaux de données disponibles sur le site : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-aerztinnen-und-aerzte-in-der-grundversorgung.html>
- Rapport du Conseil fédéral, 23 novembre 2011, en réponse à la motion 08.3608 de la Conseillère nationale Jacqueline Fehr « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours » du 2 octobre 2008, URL : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/bericht-br-strat-aerztmangel-foerderung-ha-med.pdf.download.pdf/bericht-br-strat-aerztmangel-foerderung-ha-med-fr.pdf>
- Données disponibles sur le site : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aerztinnen-aerzte.html>
- Wille N, Gilli Y. Pénurie de médecins : il n'y a pas que l'énergie qui vient d'ailleurs. Bulletin des médecins suisses 2023 ;104(1-2) : 30-32 ; URL : <https://report2023.fmh.ch/files/pdf30/bms-2023-21366.pdf>
- OCDE, Health at a Glance : Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. URL : [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024\\_b3704e14-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html)
- Enquête suisse sur la santé 2022. Vue d'ensemble. URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.assetdetail.28625353.html>
- 24.037 Objet du Conseil fédéral. LAMal (tarifs de la liste des analyses). Modification. <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20240037>
- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/egalite-femmes-hommes/activite-professionnelle/travail-temps-partiel.html>

# TARDOC : tout ce que vous devez savoir sur les droits acquis

**Droits acquis** L'entrée en vigueur du TARDOC et des forfaits ambulatoires en 2026 soulève la question des droits acquis, fondamentale pour le corps médical. Vous avez jusqu'au 30 septembre 2025 pour déposer une demande. Voici quelques informations pour vous aider à y voir plus clair et vous aiguiller dans vos démarches.



## À savoir :

- Les droits acquis doivent impérativement être demandés entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 30 septembre 2025. Passé ce délai, plus aucune demande ne pourra être déposée.
- Pour cela, il convient dans un premier temps de déterminer les positions TARDOC et les forfaits pour lesquels vous souhaitez demander des droits acquis.
- Les droits acquis peuvent concerner **tous les médecins**, y compris ceux qui n'en possèdent pas actuellement dans le cadre du TARMED. En effet, certaines positions tarifaires auront une valeur intrinsèque qualitative plus restreinte, ce qui peut avoir des répercussions sur leur facturation par certaines spécialisations.
- Les positions TARMED correspondantes doivent avoir été facturées régulièrement (au moins 5 fois par an) au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2024.
- LOTMA prélève une taxe de 50 francs par position TARDOC ou forfait ambulatoire demandé. (**Remarque :** seuls les groupes de cas de base des forfaits ambulatoires et les prestations principales du TARDOC peuvent faire l'objet de droits acquis ; vous trouverez de plus amples informations sur notre site internet, cf. liens ci-dessous.)

## Pour vous aider dans vos démarches, nous avons publié de nombreuses informations utiles sur notre site internet. Vous y trouverez notamment des informations sur la marche à suivre et les réponses aux questions suivantes :

- Qu'entend-on par « droits acquis » dans le cadre du TARDOC et des forfaits ambulatoires ?
- Pourquoi dois-je demander des droits acquis pour le TARDOC et les forfaits ambulatoires entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 30 septembre 2025 ?
- Pour quelles positions tarifaires du TARDOC et pour quels forfaits ambulatoires puis-je demander des droits acquis ? Comment dois-je procéder pour obtenir la liste des prestations qui me concernent ?
- Comment puis-je m'assurer que je ne demande pas de droits acquis pour une position TARDOC ou un forfait ambulatoire que je n'ai pas le droit ou pas besoin de demander ?
- Comment, où et quand déposer ma demande ?
- Dois-je dans tous les cas me préoccuper de la question des droits acquis pour le TARDOC et les forfaits ambulatoires si je possède actuellement des droits acquis pour le TARMED ?
- Dois-je me préoccuper de la question des droits acquis pour le TARDOC et les forfaits ambulatoires si je ne possède actuellement aucun droit acquis pour le TARMED ?
- À qui dois-je m'adresser pour savoir quelles sont les positions TARMED pour lesquelles je possède actuellement des droits acquis ?
- Où puis-je trouver de plus amples informations sur les droits acquis pour le TARDOC et les forfaits ambulatoires ?

Vous trouverez les réponses à toutes ces questions **sur notre site internet** : [Droits acquis | TARDOC et forfaits ambulatoires](#).

# Catégorisation de l'efficacité des antibiotiques

**Communication uniforme** Les catégories EUCAST concernant l'efficacité des antibiotiques ont été redéfinies. La signification de la catégorie « I – sensible, exposition augmentée » suscite particulièrement des discussions. Le Swiss Antibigram Committee (SAC) souligne la nécessité d'une communication uniforme pour garantir la prise de décision thérapeutique optimale.

**Stefano Mancini**  
PD Dr. sc., Université de Zurich, coordinateur SAC

**Sarah Tschudin-Sutter**  
Prof. MD MSc, Hôpital universitaire de Bâle, membre du SAC

Les catégories définies par le Comité Européen de l'Antibiogramme (EUCAST) pour l'évaluation de la sensibilité des bactéries aux antibiotiques sont d'une importance cruciale en pratique clinique. Elles aident les médecins à évaluer l'efficacité d'un antibiotique contre un pathogène spécifique et à déterminer le dosage optimal. En janvier 2019, l'EUCAST a redéfini les catégories cliniques S (Sensible) et I (Intermédiaire) pour classer l'efficacité des antibiotiques comme suit [1] :

- S = Sensible
- I/i = Sensible, exposition augmentée
- R = Résistant

Les tableaux des valeurs critiques cliniques de l'EUCAST précisent le dosage recommandé des antibiotiques pour assurer un traitement efficace. Ils font la distinction entre un dosage standard et un dosage plus élevé afin d'augmenter l'exposition au médicament. [2] Suite à cette décision, le Comité Suisse de l'Antibiogramme (Swiss Antibigram Committee, SAC) a recommandé l'utilisation de la lettre « I/i » pour désigner la catégorie « Sensible, exposition augmentée », conformément aux directives de l'EUCAST. [3] Toutefois, certains laboratoires ont choisi d'utiliser d'autres sigles (comme S\* ou SDD – Susceptible Dose-Dependent) pour rapporter cette catégorie et ainsi éviter toute confusion auprès des cliniciens. Cette décision repose sur le fait que, avant la révision de 2019, la lettre « I » était utilisée par l'EUCAST pour désigner une

catégorie « Intermédiaire », souvent interprétée comme « Résistant » par les laboratoires et les cliniciens. Cependant, l'utilisation non uniforme de différentes terminologies peut entraîner des malentendus, notamment lors du transfert de patients entre établissements. Le SAC insiste donc sur la nécessité d'une communication claire et standardisée entre laboratoires et cliniciens afin d'assurer une interprétation correcte des résultats et de permettre la meilleure décision thérapeutique.

## Signification de la catégorie « I – Sensible, exposition augmentée »

La nouvelle définition de la catégorie « I » signifie que la probabilité de succès thérapeutique est élevée lorsque l'exposition du pathogène à l'antibiotique est augmentée, soit par une dose plus élevée, soit par une concentration plus élevée de l'antibiotique au site de l'infection en raison des propriétés pharmacocinétiques. En revanche, l'ancienne définition de la catégorie « Intermédiaire » (également abrégée en « I ») impliquait une efficacité incertaine, de sorte qu'en pratique clinique, l'administration de l'antibiotique correspondant était souvent évitée. Cependant, les antibiotiques classés comme « I » selon la nouvelle classification peuvent être utilisés pour le traitement, à condition qu'une dose plus élevée de l'antibiotique par rapport à la dose standard puisse être administrée (ou si une concentration accrue au site de l'infection est présente en raison de propriétés pharmacocinétiques). De telles situations, nécessitant une « exposition accrue », surviennent particulièrement lors d'infections où la dose standard pourrait ne pas suffire pour garantir une thérapie réussie. Cela peut être dû à des propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de l'antibiotique, à une valeur élevée de la CIM au sein de la plage de sensibilité, à des caractéristiques du pathogène ou à des foyers d'infection difficilement accessibles (par exemple, infections du SNC, biofilms). Dans ces cas, un dosage optimisé

est essentiel pour atteindre une concentration suffisante du médicament au site de l'infection et garantir la meilleure efficacité thérapeutique possible.

## Exemple : traitement des infections à *Pseudomonas aeruginosa*

Un exemple classique est le traitement des infections à *P. aeruginosa*. Ici, en l'absence de mécanismes de résistance supplémentaires, selon la nouvelle classification, les antibiotiques efficaces contre *P. aeruginosa* tels que le Piperacilline-Tazobactam, le Ceftazidime, le Cefepime et l'Imipénem sont toujours classés comme « I » (et jamais comme « S »). Cela signifie que ces substances peuvent être utilisées pour le traitement, à condition qu'une dose plus élevée soit choisie. Le carbapénème Meropenem, en l'absence de mécanismes de résistance supplémentaires, est toujours classé comme « S » (comme l'ancienne classification) et peut donc être utilisé à la dose standard. Il est important de souligner qu'un traitement par Meropenem

à la dose standard n'est pas préférable à un traitement avec les antibiotiques classés comme « I » à une dose plus élevée. Au contraire, l'utilisation d'autres classes d'antibiotiques est à privilégier pour éviter une consommation excessive de Meropenem, car cela pourrait entraîner une augmentation des bactéries résistantes aux carbapénèmes.

## Conclusion et recommandations aux cliniciens

Il est essentiel que les cliniciens comprennent la signification des nouvelles catégories pour prendre les meilleures décisions thérapeutiques et éviter l'utilisation excessive d'antibiotiques à large spectre. Une collaboration étroite entre les laboratoires et les médecins est indispensable pour éviter toute confusion dans l'interprétation des résultats et garantir une prise en charge optimale des patients.

*Correspondance*  
[smancini@imm.uzh.ch](mailto:smancini@imm.uzh.ch)

## Tests de résistance en ambulatoire

### Commentaire du Dr Carlos Quinto, MPH et membre du Comité central de la FMH

Les tests de résistance revêtent une importance croissante, non seulement dans le secteur hospitalier mais aussi dans les cabinets médicaux. La multiplication des résistances aux antibiotiques est un problème mondial, les patients de retour de certains pays étant souvent porteurs d'agents pathogènes résistants. Dans les cabinets de médecine de famille aussi, les tests de résistance bactériologique réalisés par des laboratoires externes révèlent parfois des phénomènes surprenants : on détecte par exemple de plus en plus de bactéries résistantes chez des patientes souffrant d'infection urinaire qui n'ont pourtant reçu aucun traitement antibiotique au cours des dernières années. Chez ces patientes, l'anamnèse fait souvent état d'un voyage ou d'un séjour bien-être avec baignade dans de petits bassins d'eau chaude. Depuis peu, on rencontre également de plus en plus de mycoses résistantes aux traitements, même si cela est plus rare que les bactéries.

## L'importance de choisir la bonne substance active

Il est donc important que la classification S/I/R soit cohérente au niveau international. Si les catégories « S » et « R » sont claires, il en va autrement de la catégorie « I » (I = sensible, exposition augmentée), pour laquelle il serait utile de prévoir des recommandations de dosage dans les guides de pratique et idéalement dans le [guide anresis](#). Le guide anresis répond à un besoin essentiel dans le domaine des soins ambulatoires ; il est plus utile que d'autres réglementations éloignées du terrain, qui ne font qu'augmenter la charge administrative et les coûts et qui mènent à une moins bonne prise en charge des patients. Et cela à une époque où l'approvisionnement en médicaments représente un problème majeur, doublé d'un problème bien plus aigu encore, celui du développement de nouveaux antibiotiques. En outre, en raison des allergies, des intolérances, des effets secondaires et des interactions propres à chaque patient-e, il est essentiel de préserver la liberté thérapeutique des médecins pour leur permettre de choisir au plus près de leurs connaissances la préparation la mieux adaptée parmi les différents antibiotiques à disposition.

## Bibliographie

- [https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST\\_files/Guidance\\_documents/To\\_clinical\\_colleagues\\_on\\_recent\\_changes\\_in\\_clinical\\_microbiology\\_susceptibility\\_reports\\_9\\_July2021.pdf](https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST_files/Guidance_documents/To_clinical_colleagues_on_recent_changes_in_clinical_microbiology_susceptibility_reports_9_July2021.pdf)
- [https://www.eucast.org/clinical\\_breakpoints](https://www.eucast.org/clinical_breakpoints)
- <https://www.swissmicrobiology.ch/who-we-are/sciences/clinical-microbiology/swiss-antibiogram-committee-sac>

# Nouvelles du corps médical

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Heidi Schaer* (1938),  
† 9.2.2025, Fachärztin für  
Anästhesiologie, 3097 Liebefeld  
*Jean-Francis Rossat* (1944),  
† 18.3.2025, Spécialiste en gynécologie  
et obstétrique, 1173 Féchy  
*Mohamed Tajeddin* (1957),  
† 27.5.2025, Spécialiste en médecine  
interne générale, 1205 Genève  
*Peter Ducret* (1937),  
† 31.5.2025, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin, 8802 Kilchberg

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
hat sich angemeldet:

*Marisa Emmanuelle Blanquet*, Fach-  
ärztin für Neurologie, Mitglied FMH,  
Berner Neurologie, Waisenhausplatz 28,  
3011 Bern

*Frederick Schuster*, Facharzt für Ra-  
diologie, Mitglied FMH, Radiologie  
Sonnenhofspital, Buchserstrasse 30,  
3006 Bern

*Jonas Hahn*, Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Mitglied FMH,  
Praxis Weissenbühl, Weissenbühlweg 3,  
3007 Bern

*Gabriele Cirigliano*, Facharzt für Or-  
thopädische Chirurgie und Traumatolo-  
gie des Bewegungsapparates, Ortho-  
pädie Sonnenhof, Salvisbergstrasse 4,  
3006 Bern

Einsprachen gegen dieses Vorhaben  
müssen innerhalb 14 Tagen seit der Ver-  
öffentlichung schriftlich und begründet  
bei den Co- Präsidenten des Ärztlichen  
Bezirksvereins Bern Regio eingereicht  
werden. Nach Ablauf der Frist entschei-  
det der Vorstand über die Aufnahme der  
Gesuche und über allfällige Einsprachen.

### Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

*Ruth Brechbühl-Litzel*, Fachärztin  
für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
Mitglied FMH, Frauenpraxis am See,  
Alpenstrasse 1, 6004 Luzern

*Marko Kraljevic*, Facharzt für  
Chirurgie, Chirurgie Zentrum St. Anna  
AG, Lützel mattstrasse 1, 6006 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der  
Publikation schriftlich und begründet zu  
richten an: Ärztegesellschaft des Kantons  
Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

### Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des  
Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

*Tobias Tessmann*, Facharzt für  
Anästhesiologie, 50 % Pfäffikon

*Bruno Vogt*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin und Facharzt für  
Nephrologie, Mitglied FMH, 60-80 %,  
Lachen

Einsprachen gegen diese Aufnahme  
richten Sie schriftlich innert 20 Tagen  
an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhof-  
strasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail  
an [joerg.frischknecht@hin.ch](mailto:joerg.frischknecht@hin.ch).

### Unterwaldner Ärztesgesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
hat sich gemeldet:

*Lisbah Barsaume*, Fachärztin für  
Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied  
FMH, Kinderärzte Obwalden,  
Marktstrasse 8, 6060 Sarnen

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach  
der Publikation schriftlich und begrün-  
det zu richten an untenstehende Adresse:

### Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft  
des Kantons Zug als ausserordentliches  
Mitglied hat sich angemeldet:

*Alex Alfieri*, Facharzt für Neurochir-  
urgie, Mitglied FMH, Hirslanden Ärzte-  
zentrum Lorze, Dorfplatz 1, 6330 Cham

*Urs Michael Mutter*, Facharzt für  
Neurochirurgie, Mitglied FMH, c/o  
Sportmedizin Cham, Seestrasse 3,  
6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidaturen  
müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser  
Veröffentlichung schriftlich und be-  
gründet beim Sekretariat der Ärzte-  
Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht  
werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist  
entscheidet der Vorstand über Gesuch  
und allfällige Einsprachen.

# Communications

## Examen pour l'obtention des certi- ficats Electroencéphalographie (SSNC), Electroneuromyographie (SSNC), Sonographie cérébrovasculaire (SSNC)

Pour l'obtention des certificats Electro-  
encéphalographie (SSNC), Electro-  
neuromyographie (SSNC) et Sono-  
graphie cérébrovasculaire (SSNC), il est  
nécessaire de réussir un examen final  
théorique et pratique en complément des  
autres conditions requises. Ces dernières  
sont disponibles sur le site internet:  
<https://www.siwf.ch/fr/index.cfm>. La  
période entière de formation et le nombre  
requis d'examens doivent être complétés  
et documentés avant la date limite d'ins-  
cription aux examens selon le programme  
de formation.

### Dates d'examen

Jeudi et vendredi, les 27.11. et 28.11.2025

### Lieu

Hôpital cantonal de Lucerne, Clinique  
de Neurologie, 6000 Lucerne 16

### Frais d'inscription

Pour les membres de la SSNC:

CHF 750.00

Pour les non membres de la

SSNC: CHF 1 400.00

### Inscriptions

En ligne via [https://sgkn.ch/fr/page-](https://sgkn.ch/fr/page-daccueil)  
[daccueil](https://sgkn.ch/fr/page-daccueil) (rubrique formation, examen)

### Renseignements

Secrétariat de la SSNC/SGKN

Mme Christa Kubat

Blumenweg 13

5036 Oberentfelden

[info@sgkn.ch](mailto:info@sgkn.ch)

### Date limite d'inscription

15 octobre 2025