

Chambre médicale ordinaire des 4 et 5 mai 2001 à Locarno

Aide-mémoire et procès-verbal des décisions

François-Xavier Deschenaux, secrétaire général de la FMH

Cette session de la Chambre médicale, convoquée à Locarno pour donner suite à l'invitation de l'«Ordine dei Medici del Cantone Ticino», désireux de marquer d'une pierre blanche l'année du centenaire de la FMH, s'est déroulée sur un jour et demi. S'étant penchée sur la liquidation des affaires administratives statutaires et sur des questions de formation postgraduée pendant la première demi-journée, la Chambre a pu se consacrer exclusivement aux débats concernant le TARMED pendant toute la seconde journée du samedi 5 mai.

On notera que la présente recension restitue les discussions et décisions selon l'ordre séquentiel figurant sur la liste des tractanda.

1. Accueil, constitution du Bureau et communication

La séance est ouverte à 13h10, alors que le quorum de 100 délégués est largement dépassé.

Les scrutateurs proposés par le président pour la première journée (Dr Ernst Gähler, Mme le Dr Brigitte Saner-von Burg, Dr Henri Bounameaux et Dr Donat Marugg) sont acceptés tacitement par les délégués. Pour la seconde journée, les scrutateurs proposés en début de séance par le président et acceptés tacitement par les délégués furent les Drs Ulrich Oswald, Jacques de Haller, Valentin Audétat et Heiner Meier.

2. Rapport annuel 2000

Le rapport annuel, élaboré par le président de la FMH, les membres du CC responsables de ressorts, le secrétaire général et les divers responsables de divisions et de services au sein du secrétariat général, a été publié dans le Bulletin des médecins suisses du 25 avril 2001.

Après que le *secrétaire général* ait mentionné que le récapitulatif des activités des membres du CC doit être encore complété par la mention, malencontreusement omise, du ressort confié au Dr Ludwig T. Heuss, la parole est donnée aux délégués. Elle n'est pas utilisée. Le *rapport annuel* est alors *approuvé* sans opposition.

3. Comptes 2000 de la FMH

3.1 Approbation

Le *secrétaire général* fournit quelques explications sur le bilan et les comptes 2000 de la FMH. Le bilan au 31 décembre 2000 s'élève à Fr. 10 447 018.34 et le capital effectif, après augmentation des Fr. 144 296.62 représentant l'excédent de recettes de l'exercice, s'élève à Fr. 4 595 170.31. Grâce à un exercice favorable, il a été possible de constituer des provisions importantes pour les dépenses futures.

Pour donner suite à une proposition du Dr Reinhold Streit acceptée lors de la Chambre médicale ordinaire de juin 2000, le *secrétaire général* fournit des explications, illustrées par plusieurs transparents projetés à l'écran, sur les principaux enseignements à tirer des données de notre comptabilité analytique et sur la façon dont les coûts et les recettes du ménage FMH se répartissent sur les diverses rubriques comptables. Il fournit également des informations chiffrées sur les effectifs de personnel affectés à chaque unité de gestion et sur la part prise par le poste «salaires» (42,44% de dépenses salariales stricto sensu par rapport à la totalité de nos dépenses, pour 43,65 unités de personnel à 100%, dont 30 personnes utilisées à plein temps et 27 à temps partiel). Des graphiques chiffrés sont également projetés pour illustrer l'évolution de ces données entre 1996 et 2000.

Pour répondre à des questions écrites de la part du Dr *Jürg Schlup*, président de la Société bernoise de médecine, ainsi que de la part de Mme le Dr *Silva Keberle (SSMI)*, des précisions sont encore apportées sur les dépenses de la FMH en 2000 au titre du TARMED, du HIN et de l'assistanat au cabinet médical ainsi que sur l'évolution de l'effectif des affiliés au HIN. Le Dr *Georg von Below* fournit quelques explications à ce dernier sujet et montre sur un graphique l'évolution réjouissante de l'effectif des affiliés actifs sur le HIN depuis la décision de la Chambre médicale de consacrer une contribution spéciale de soutien au HIN.

S'agissant des dépenses de la FMH pour le HIN, celles-ci se sont élevées en 2000 à un peu plus de 1,2 millions de francs. Dans ce contexte, le *président Hans Heinrich Brunner* tient à préciser que la FMH s'est bel et bien retirée de la société MediTrust SA, non sans que les parties intéressées, dont la FMH, aient reçu chacune la part leur revenant (Fr. 250 000.-). Le projet de transfert de certains éléments du TARMED à la KBV allemande a coûté en tout 4,8 millions de DM, en raison d'investissements considérables auxquels il a fallu procéder pour effectuer un reengineering avant la lettre afin d'empêcher une sortie du projet de notre partenaire allemand. La FMH a été par ailleurs indemnisée pour ses prestations personnelles ainsi que pour des dépenses spéciales (Fr. 30 000.-) liées à sa collaboration à ce projet. A part cela et pour mettre un terme à des rumeurs persistantes, aucun autre flux d'argent n'est à signaler dans cette affaire.

Au nom des délégués, Mme le Dr S. Keberle remercie l'administration pour l'ensemble de ces explications (applaudissements).

La Commission des finances, représentée par ses trois membres dans la salle, invitée à faire part d'éventuelles remarques ou observations, renonce à faire usage de cette possibilité. Il appartient ensuite à M. Martin Hohlenstein, représentant de l'organe de contrôle de la FMH, de confirmer son rapport écrit et de recommander aux délégués l'acceptation des comptes annuels.

Les comptes annuels de la FMH pour l'année 2000, y compris ceux du Fonds d'assistance de la FMH et du Fonds pour l'encouragement de la formation post-graduée des médecins dans les pays en voie de développement, sont alors approuvés à l'unanimité moins une abstention (168 délégués étaient dénombrés à ce moment dans la salle).

3.2 Décharge au Comité central pour sa gestion

La *décharge au Comité central* pour sa gestion de l'exercice écoulé est ensuite *vote* à l'unanimité et sans abstention.

4. Budget 2002 de la FMH

Par une *proposition n° 1* sur ce point de l'ordre du jour, le Dr Richard Urscheler (SG) demande en substance que l'identité des sponsors de l'émission de télévision «Gesundheit-Sprechstunde» soit révélée, que le copatronage de la FMH à cette émission soit soumis à un réexamen quant à son impact sur l'image donnée et que le Comité central (ci-après: CC) donne des informations par le biais qui lui conviendra sur le résultat de son appréciation.

Au nom du CC, le Dr H. H. Brunner se dit prêt à procéder à un tel examen critique, à en parler ouvertement avec les responsables de l'émission et à prendre au besoin les mesures appropriées. Le *secrétaire général* précise que le contrat sera respecté, qui nous interdit de fournir des renseignements sur ses dispositions et, en particulier, sur l'identité des sponsors. Il signale par ailleurs qu'un conseil médical de trois membres, placé sous la houlette du président de la FMH, serait susceptible dès aujourd'hui de traiter des contentieux surgissant dans le contexte de ces émissions. La société interpellante se déclare satisfaite des explications et assurances données.

Le budget de la FMH pour 2002 roule sur un total de 18,3 millions de francs; il est basé sur une cotisation centrale inchangée de Fr. 480.- pour les membres des catégories de cotisations 1 et 2, de Fr. 240.- pour les catégories 3 et 4 et de Fr. 120.- pour les catégories de cotisations 5 et 6. L'excédent de recettes prévu est de Fr. 2,090 millions. Pourquoi un montant aussi considérable? Le secrétaire général explique que ce budget part de l'hypothèse que les accords bilatéraux avec l'UE entreront en vigueur au début de l'année prochaine, comme aussi la nouvelle loi fédérale sur l'exercice des professions médicales. A partir de ce moment-là aussi, notre division de la formation post-

graduée développera ses activités pour l'ensemble des médecins de Suisse, qu'ils soient ou non membres de la FMH. La division fonctionnera comme un centre de coûts dont la gestion devra être pleinement transparente et qui sera financé par les taxes prélevées auprès des utilisateurs, taxes calculées au prix coûtant effectif. Il s'en suivra notamment que le coût pour le premier titre de spécialiste s'élèvera désormais à Fr. 4000.-. Les membres de la FMH bénéficieront d'allègements substantiels pour un maximum de Fr. 2000.-, soit de Fr. 200.-/an pour les spécialistes qui compteront 5 ans (maximum) d'affiliation à la FMH au moment de l'octroi du titre et Fr. 200.-/an pour les spécialistes qui resteront affiliés à la FMH dans les 5 ans suivant l'octroi du titre. Cette générosité vis-à-vis des médecins de la relève comme aussi les investissements importants auxquels il y aura lieu de procéder nécessitent la constitution d'importantes provisions qui expliquent l'importance des bénéfices qu'il convient de réaliser dans les premières années de ce nouveau régime.

Au nom de l'ASMAC, le Dr Tobias Ehmann déclare que sa société déléguante accepte l'idée que la division de la formation postgraduée soit traitée comme un centre de coûts, mais elle demande au CC qu'avant que l'on accepte une telle augmentation il veuille à une meilleure transparence des coûts et à un examen des possibilités d'économie, car elle estime que le sacrifice financier exigé de la nouvelle génération est très important. Le *président* comprend le souci exprimé mais est obligé de reconnaître que nous devons pour le moment nous baser sur des estimations qui sont susceptibles d'être réexaminées au vu des expériences qui seront faites; quant à la solidarité entre les générations, elle se manifeste par le fait qu'une allocation prise sur le budget général est affectée au fonctionnement de la division de la formation postgraduée (des explications illustrées par des transparents seront projetées ultérieurement en cours de séance). Au nom du CC, le *président* accepte la proposition de l'ASMAC en ce sens que l'on consacra du temps, lors de la présentation des comptes, à analyser les chiffres rassemblés au cours de la première année du nouveau régime et à garantir la transparence demandée.

On passe alors à la *proposition du CC n° 2, ad tractandum 4*, concernant la fixation de la cotisation centrale telle que présentée ci-dessus pour les catégories 1 à 6. La proposition du CC est *acceptée* à l'unanimité, sans abstention.

On passe alors immédiatement à la proposition du CC n° 3, ad tractandum 4, concernant la *contribution spéciale abonnement de base au HIN pour tous les membres de la FMH*.

Le président tient à souligner l'importance primordiale du HIN en matière d'information pour le corps médical. La mise sur pied de ce système exige du temps et de l'argent. Nous avons donc besoin de cette contribution dont le principe a été accepté par la Chambre médicale de l'année passée. Nous sommes également conscients qu'il y a encore des lacunes à combler pour renforcer nos ambitions d'information,

aussi bien sur le plan interne que sur le plan externe. Le Dr G. von Below précise qu'avec plus de 3500 affiliés actifs au sein du HIN à fin avril 2001 le corps médical y participe déjà dans une proportion, en constante progression, remarquable. Quant aux prestations déjà offertes dans le cadre de l'abonnement HIN, il s'agit tout d'abord d'un certificat d'identification sécurisé permettant des transferts d'informations confidentielles (e-mail, communications avec des banques de données, entre confrères et consœurs, avec hôpitaux et laboratoires, etc.) ainsi que de l'accès à des ressources informatisées pour les médecins appartenant à divers groupements, en premier lieu aux organisations de base et sociétés de discipline médicale représentées à la Chambre médicale. En revanche, les prestations techniques liées à la mise au point de pages Web pour les sociétés ou pour les membres individuels ne peuvent être comprises dans le prix forfaitaire de l'abonnement; une extension des prestations de soutien pour la gestion de la documentation devrait être disponible pour nos membres dès l'année prochaine.

Une voix s'élève du côté de l'ASMAC (*Dr Peter Studer Jaunet*) pour signifier que l'ASMAC n'est pas disposée à prolonger trop longtemps encore la perception d'une contribution spéciale destinée à financer un système propriétaire. Après que le président ait souligné que les contributions spéciales étaient de par leur nature même limitées dans le temps et affectées de façon transparente à un but précis (in casu: offrir un système sécurisé de qualité), on peut passer au vote. *La contribution spéciale de Fr. 50.- pour le HIN est acceptée* par 127 voix contre 17 et 15 abstentions. Elle sera prélevée auprès des membres appartenant aux catégories de cotisations 1, 2, 3 et 4.

On passe ensuite à la décision sur la *proposition du CC n° 4, ad tractandum 4*, concernant la *contribution spéciale «assistantat au cabinet médical»* de Fr. 25.- pour les membres appartenant aux catégories de cotisations 1, 2, 3 et 4. Cette *proposition est acceptée* à l'unanimité, sans opposition mais avec 23 abstentions.

On aborde alors la question du financement de la poursuite des travaux TARMED. Dans une *proposition n° 5, ad tractandum 4*, le CC proposait initialement à la Chambre médicale de financer par une *contribution spéciale de Fr. 20.-* à la charge des catégories de cotisations 1, 2, 3 et 4, sous réserve que la Chambre se prononce pour l'introduction des tarifs TARMED. Cette somme doit servir à financer des travaux qui devraient s'étendre jusqu'en 2002.

Avec une *proposition séparée n° 6, ad tractandum 4*, mais qui est logiquement liée à la précédente proposition et qui est présentée sous la même réserve, le CC demande à la Chambre le droit de prélever une *contribution spéciale de Fr. 10.- pour toutes les catégories de cotisations*, en vue de financer les *votations générales* qu'il y aura lieu d'organiser concernant le TARMED.

Le *Dr R. Streit* (BE) s'étonne que l'on puisse demander une contribution spéciale pour exécuter une obligation statutaire telle que l'organisation d'une

votation générale. L'autre solution eut consisté dans l'adjonction de ce montant à la cotisation centrale, ce que l'on n'a pas fait pour des raisons de transparence et de souplesse, rétorque le *Dr H. H. Brunner*. Survient alors en cours de débats une proposition soutenue par le *Dr Walter Grete* (ZH) visant à fusionner les propositions n° 5 et 6, ad tractandum 4, et à demander une cotisation de Fr. 30.-.

Le *président* demande à la Chambre si elle accepte cette modification consistant de facto à demander Fr. 30.- pour le TARMED, y compris pour les votations générales éventuelles.

Cette dernière proposition est *acceptée à une majorité évidente*, contre 7 voix et avec 7 abstentions.

On quitte ce tractandum non sans que le *président* ait remercié les délégués pour leur confiance exprimée au CC et qu'il ait renouvelé à leur égard la volonté du CC de pratiquer la plus grande transparence sur l'utilisation des moyens financiers mis à disposition de l'administration.

5. Elections pour la période administrative 2000–2003

5.1 Confirmation du président du Conseil suisse de déontologie

La Chambre médicale confirme tacitement dans ses fonctions pour le reste de la période administrative, le *Dr Sergio Luisoli* (TI), en tant que président du Conseil suisse de déontologie.

5.2 Confirmation de l'organe de contrôle

La Chambre médicale confirme tacitement dans ses fonctions jusqu'à la fin de la période administrative la fiduciaire *PriceWaterhouseCoopers* dans ses fonctions d'organe de contrôle de la FMH.

6. Formation postgraduée

6.1 Accords bilatéraux avec l'UE et loi sur l'exercice des professions médicales; conséquences pour la FMH dans le domaine de la formation médicale et continue

Ce tractandum est ouvert par des explications fournies par le responsable au sein du CC du ressort de la formation postgraduée et continue (ci-après FPC), le *Dr Max Giger*. Il évoque la prochaine entrée en vigueur des accords bilatéraux passés entre la Suisse et la Communauté européenne (en principe à partir du 1^{er} janvier 2002) et, partant, de la loi fédérale sur l'exercice des professions médicales. Il s'ensuivra que les diplômés fédéraux de médecine seront désormais reconnus dans tous les pays de l'UE pour l'exercice d'une activité à titre dépendant.

La Réglementation sur la formation postgraduée (ci-après: RFP) quant à elle continuera de s'appliquer et ses mesures seront toujours administrées par la FMH, mais pour tous les médecins de Suisse, membres ou non-membres de la FMH, sur la base d'une accréditation accordée à la FMH par la Confédération. Les

coûts de la formation postgraduée seront à supporter par les personnes désireuses d'acquérir cette formation.

En Suisse, le diplôme fédéral de médecin délivré par la Confédération et les titres de spécialiste signés conjointement par le président de la FMH et le directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) seront à transmettre aux cantons qui, sur cette base, restent compétents pour délivrer les autorisations de pratiquer. Dans les pays de l'UE, les titres de spécialiste délivrés en Suisse seront désormais reconnus.

A noter que les attestations de formation approfondie, les attestations de formation complémentaire et les certificats d'aptitude technique ne sont pas concernés par ce nouveau régime, si bien que leur attribution reste réservée exclusivement aux médecins membres de la FMH.

Quant aux places de formation postgraduée reconnues (hôpitaux et instituts universitaires, autres hôpitaux, cabinets médicaux formant des assistants), elles seront invitées à présenter d'ici à la fin 2002 un concept de la formation postgraduée et d'indiquer dans quelles structures et selon quelles modalités elles vont offrir une formation postgraduée à leurs assistants, c'est-à-dire qu'elles seront obligées de garantir des critères de qualité qui seront retenus pour leur accréditation. Un système combiné de contrats d'engagement et de contrats de formation est envisagé, la FMH veillant, avec le concours des sociétés de discipline médicale (ci-après: SDM), à la coordination sur les plans régionaux et suisses.

Concrètement, le financement de la formation postgraduée des assistants sera assuré de deux façons: par le travail des assistants dans les structures de formation postgraduée et par des ressources financières, que ce soit de la part de l'Etat, des hôpitaux ou des médecins eux-mêmes ou de leur association professionnelle. Il convient de rappeler que, jusqu'à aujourd'hui, la FMH a soutenu bon an mal an le domaine de la formation postgraduée à raison de quelque 4 millions de francs par année. Le budget que la Chambre vient d'accepter contient pour 2002 encore des montants de soutien (contribution par 1,2 millions aux coûts de la division FPC, contribution spéciale pour l'assistantat au cabinet médical, allègements «ante»- et «post»-diplômes pour les médecins de la relève, financement de divers cours, taxes, etc.). Une fois les péripéties du TARMED derrière nous, il s'agira de mettre à profit les 3 prochaines années pour mettre sur pied les structures et les réseaux garantissant cet ambitieux programme de formation postgraduée et continue.

L'intervenant termine le survol de ce dossier en fournissant – également pour répondre à la question de Mme le Dr Anouk Imhof (ASMAC) posée lors de la discussion ayant précédé le vote – quelques détails chiffrés et illustrés à l'écran concernant le total de dépenses prévues pour la division FPC (Fr. 4,4 millions) pour 2002 et qui justifient une taxe de Fr. 4000.- pour le premier titre de spécialiste. Quant à la crainte exprimée par Mme le Dr Mitsuko Kondo Oestreich (ASMAC) que le montant de Fr. 4000.- pour un titre

n'induisse un tourisme médical, le Dr M. Giger se dit persuadé que la mise sur pied d'un contrat de solidarité entre générations de médecins regroupés au sein de la FMH y apportera la meilleure des réponses.

On peut alors passer au vote sur la proposition du CC ad tractandum 6.1 concernant le principe du remboursement de Fr. 200.-/an (maximum 5 ans) tant aux médecins déjà membres de la FMH au moment de l'octroi du titre fédéral de spécialiste qu'aux médecins qui restent affiliés à la FMH après cet octroi (maximum 5 ans). La proposition est acceptée à une majorité évidente, contre 3 voix et avec 10 abstentions.

6.2 Nouvelle systématique des titres de spécialiste

6.2.1 Révision des titres de spécialiste

Le Dr M. Giger informe les délégués qu'une discussion ne sera organisée que sur les titres ayant donné lieu à contestation dans les instances délibératives précédentes, que ce soit au sein de la Commission pour la formation postgraduée et continue (ci-après CFPC) ou au sein de la Conférence des présidents. Tous les autres titres seront acceptés sans autre formalité.

En procédant de la sorte, seul le point 6.2.1 «Chirurgie de la main» cause problème. La controverse divise ceux qui, comme la Société suisse de chirurgie de la main, voudraient en faire un titre de spécialiste principal lié à l'exigence de disposer d'un titre de spécialiste dans une des quatre disciplines chirurgicales existantes et ceux qui estiment qu'il faut prévoir uniquement une attestation de formation approfondie que l'on pourrait obtenir sur la base d'un titre de spécialiste en chirurgie, en chirurgie orthopédique, en chirurgie plastique et reconstructive ou en chirurgie pédiatrique. C'est cette dernière solution qui avait largement prévalu à la CFPC et à la Conférence des présidents.

Dans un plaidoyer en faveur de l'octroi du titre (double titre lié à la possession d'un autre titre de chirurgie), le représentant de la Société suisse de chirurgie de la main, le Dr Beat Simmen s'employa à rappeler les motifs militant à ses yeux pour la solution du titre de spécialiste, entre autres le fait que la solution recherchée par sa société est compatible avec la RFP, l'importance des effectifs des médecins concernés, l'autonomie de la discipline, la place importante qu'elle occupe en tant que telle, aussi bien au plan national qu'international, son importance du point de vue économique (15 000 patients traités par année en Suisse), le nombre de ses places de formation.

Le Prof. Ferenc Follath (SSMI), sans rejeter les arguments du préopinant, demande que l'on étudie auparavant la nouvelle interprétation de la RFP, c'est-à-dire la question de l'introduction d'une nouvelle catégorie de titre de spécialiste double que l'on pourrait obtenir uniquement à la condition d'avoir obtenu un autre titre de spécialiste. L'année passée, la Chambre avait décidé que cela n'était pas possible (neuroradiologie, médecine intensive, etc.). Le Dr

M. Giger s'en remet au jugement de la Chambre, expliquant encore par la suite qu'une décision doit absolument être prise dans le contexte de la loi sur l'exercice des professions médicales et de la liste valable pour les accords bilatéraux. Après réplique du Dr B. Simmen et explications supplémentaires de Me Christoph Hänggeli, on passe au vote: la Chambre se prononce alors par 111 voix contre 46 (pour l'octroi du titre de spécialiste), avec 6 abstentions, en faveur de la solution de l'attestation de formation approfondie.

On passe alors au point 6.2.1.7 «Chirurgie plastique et reconstructive», au sujet duquel la Chambre est appelée à se prononcer sur la proposition de la SDM demandant une modification de l'intitulé du titre par l'adjonction des mots «et esthétique», modification que ladite société justifie par le besoin de faire figurer de façon claire ses qualifications dans ce domaine, face à la FMH, aux confrères et au grand public. La discussion n'est pas demandée et le président constate que la proposition est tacitement acceptée.

La discussion n'est plus demandée sur les autres points particuliers des rubriques 6.2.1 «Révision des titres de spécialiste» et 6.2.2 «Créations de formation approfondie». En conséquence, les propositions ci-après sont acceptées tacitement:

6.2.1.1 *Angiologie*. Création du titre de spécialiste FMH en angiologie.

6.2.1.2 *Chirurgie*. Création des formations approfondies en chirurgie générale, chirurgie vasculaire, chirurgie thoracique et chirurgie viscérale à adjoindre au titre de spécialiste FMH en chirurgie.

6.2.1.3 *Gynécologie et obstétrique*. Prolongation de la durée de la formation postgraduée de 5 à 6 ans.

Création des formations approfondies en oncologie gynécologique et en obstétrique et médecine fœto-maternelle à adjoindre au titre de spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique.

6.2.1.4 *Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique*. Création des formations approfondies en chirurgie vasculaire et en chirurgie thoracique à adjoindre au titre de spécialiste FMH en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique.

6.2.1.5 *Médecine intensive*. Création du titre de spécialiste FMH en médecine intensive.

6.2.1.6 *Pathologie*. Création des formations approfondies en cytopathologie, neuropathologie et pathologie moléculaire à adjoindre au titre de spécialiste FMH en pathologie.

6.2.1.8 *Rhumatologie*. Création du titre de spécialiste FMH en rhumatologie.

6.2.1.9 *Urologie*. Création de la formation approfondie en urologie chirurgicale à adjoindre au titre de spécialiste FMH en urologie.

6.2.2 Création de formations approfondies

6.2.2.1 *Chirurgie générale*. Création de la formation approfondie en chirurgie générale à adjoindre au titre de spécialiste FMH en chirurgie.

6.2.2.2 *Chirurgie vasculaire*. Création de la formation approfondie en chirurgie vasculaire à adjoindre

aux titres de spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique.

6.2.2.3 *Chirurgie thoracique*. Création de la formation approfondie en chirurgie thoracique à adjoindre au titre de spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique.

6.2.2.4 *Chirurgie viscérale*. Création de la formation approfondie en chirurgie viscérale à adjoindre au titre de spécialiste FMH en chirurgie.

6.2.2.5 *Oncologie gynécologique*. Création de la formation approfondie en oncologie gynécologique à adjoindre au titre de spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique.

6.2.2.6 *Obstétrique et médecine fœto-maternelle*. Création de la formation approfondie en obstétrique et médecine fœto-maternelle à adjoindre au titre de spécialiste FMH en gynécologie et en obstétrique.

6.2.2.7 *Cytopathologie clinique*. Création de la formation approfondie en cytopathologie clinique à adjoindre au titre de spécialiste FMH en pathologie.

6.2.2.8 *Neuropathologie*. Création de la formation approfondie en neuropathologie à adjoindre au titre de spécialiste FMH en pathologie.

6.2.2.9 *Pathologie moléculaire*. Création de la formation approfondie en pathologie moléculaire à adjoindre au titre de spécialiste FMH en pathologie.

6.2.2.10 *Urologie chirurgicale*. Création de la formation approfondie en urologie chirurgicale à adjoindre au titre de spécialiste FMH en urologie.

6.2.3 Création d'attestations de formation complémentaire.

6.2.3.1 *Rhinopathies allergiques (SSAI/SSORL)*. La SDM ainsi que la CFPC proposaient ici la création d'une attestation de formation complémentaire, leur souci étant que l'on garantisse en la matière un minimum de formation et donc de qualité des prestations.

Au nom de l'ASMAC, Mme le Dr M. Kondo Ostreicher pose la question de l'opportunité de créer un titre supplémentaire qui se cache sous cette attestation de formation complémentaire et finit même par proposer de la supprimer. La proposition de création de l'attestation de formation complémentaire en rhinopathies allergiques est finalement soumise au vote et elle est rejetée par 85 voix contre 55, avec 23 abstentions.

6.2.3.2 *Phlébologie (USSMV)*. La création de l'attestation de formation complémentaire en phlébologie (USSMV) est acceptée tacitement.

6.2.4 Suppression de titres de spécialiste

6.2.4.1 *Cytologie gynécologique*. La suppression du titre de spécialiste FMH en cytologie gynécologique est acceptée tacitement.

6.3 Révision des statuts

La Chambre se penche ensuite sur certaines modifications statutaires et réglementaires que le CC lui demande d'avaliser en vertu de l'évolution des conditions générales.

6.3.1 Suppression de la mention de la Conférence pour la formation postgraduée (CFP) à l'article 30, al. 2, lit. i, des statuts de la FMH

Cette demande de suppression n'est pas contestée; la Chambre y donne son *accord tacite*.

6.3.2 Nouvelle composition de la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC)

Le CC propose de remplacer les deux délégués actuels de la Commission interfacultés de médecine suisse (CIMS) par les représentants des 5 facultés de médecine, d'élargir dès lors la composition du comité de la CFPC et de modifier en conséquence le règlement de la CFPC à l'article 41, 1^{er} alinéa, lit b.

Cette demande n'est pas non plus contestée et la Chambre y donne son *accord tacite*.

6.3.3 Suppression à l'article 49, 2^e al., lit. i, de la mention du «Conseil de supervision de la FMH pour le domaine des assistantes médicales»

Le CC propose de remplacer ladite mention par celle des «délégués aux questions des assistantes médicales (AM)», suivant en cela une proposition formulée encore en séance par le *Dr Michel Marchev (BE)*, par ailleurs président de ce ressort particulier.

La Chambre *accepte* sans opposition et *tacitement* cette *proposition* ainsi précisée.

6.3.4 Modification du nom de la FMH (article 1^{er} des statuts)

Pour des raisons purement formelles liées à l'inscription de notre association au Registre suisse du commerce, nous devons choisir un libellé qui soit rigoureusement le même dans les 4 langues (allemand, français, italien et latin), étant admis que les termes «médecins», «medici» et «medicorum» incluent le terme «Ärztinnen» de la version en langue allemande. En conséquence, l'alinéa 1^{er} de l'article 1^{er} de nos statuts est proposé dans la version suivante:

«Article 1 Nom et siège

Sous le nom de «FMH Fédération des médecins suisses», «FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte», «FMH Federazione dei medici svizzeri», «FMH Foederatio Medicorum Helveticorum», il est constitué une association médicale au sens des articles 60 et suivants du Code civil suisse».

La Chambre médicale *accepte* le libellé de cette proposition à l'unanimité, sans opposition.

7. TARMED

La séance du samedi 5 mai s'ouvre à 8h10 par une intervention du *Dr Niklaus Hasler (ZH)* reprochant en termes fort vifs l'apparition et les propos du secrétaire général de la FMS, Me François Bernath, à l'émission de «10 vor 10» de la télévision alémanique, la veille au soir. L'intervenant déplore cette violation de la trêve médiatique observée jusqu'ici; il est soutenu bruyamment par une forte majorité de l'assemblée. Les explications fournies par Me Bernath faisant état de l'instance des journalistes à laquelle il a eu de

la peine à résister ne suffisent pas à apaiser le brouhaha.

Une lettre ouverte de la Société suisse des physiothérapeutes au président de la FMH, adressée à travers lui aux délégués à la Chambre médicale, avait été distribuée par les soins de la FMS avant la séance à tous les délégués. Les auteurs de cette lettre appelaient les délégués à réfléchir à la mésaventure tarifaire vécue par les physiothérapeutes et à se garder d'y être entraînés à leur tour. *Le président H. H. Brunner* assure les délégués que la FMH a beaucoup appris des expériences malheureuses subies par les physiothérapeutes et qu'elle est devenue d'autant plus vigilante.

On put alors entrer dans le vif du sujet, encore que la première intervention, celle du *Prof. Reto Tscholl, président de la FMS*, demandât avec sa *proposition n° 1, ad tractandum 7*, la non-entrée en matière. L'intervenant relève que la version TARMED 1.0 ne saurait nous garantir un tarif basé sur une analyse d'économie d'entreprise. On ne peut pas considérer non plus, selon lui, que l'objectif déclaré du rééquilibrage des revenus professionnels entre les diverses sociétés de discipline médicale ait été atteint, notamment parce que les différences sont surtout notables en dehors du secteur des assurances sociales. Le TARMED a été instrumentalisé comme un moyen d'endiguer les coûts, ce qui ne peut pas être son rôle. La FMS demande la non-entrée en matière pour l'instant, dès lors que rien de concret n'est à signaler depuis la Chambre médicale extraordinaire du 12 avril dernier. Cette proposition de non-entrée en matière ne doit pas être interprétée comme un refus, simplement dictée qu'elle est par le souci de disposer, après le reengineering (ci après: RE), d'une version permettant de se rendre compte concrètement de ce sur quoi on devra voter. On ne peut admettre l'adage «Démarrer d'abord, corriger ensuite».

Les propos du président de la FMS sont appuyés par le *Dr Bernard Burri (ASMI)* qui, sur la base encore incomplète de l'expertise du Prof. Günter Neubauer, plaide pour la prudence tant il y a de choses à revoir dans la version 1.0 du TARMED. *Le Dr Beat Meister (Société suisse d'anesthésiologie)* reprend quant à lui sa métaphore TARMED-Titanic développée lors de la précédente Chambre médicale extraordinaire et, évoquant des pertes de revenus dépassant parfois 60% pour certaines interventions, conjure les délégués de ne pas acheter le chat dans le sac et donc de ne pas encore entrer en matière.

Brièvement mais avec beaucoup de détermination, le *Dr Jean-Pierre Grob (SO)* plaide pour que l'on ne perde pas de temps et que l'on vote sur la proposition de la FMS. On *passé alors au vote sur la proposition de la FMS* qui est *rejetée* par 123 voix contre 12, avec 17 abstentions.

Le président H. H. Brunner s'autorise de commenter brièvement la situation. Il relève que le problème posé est d'une extrême complexité qui explique la nécessité d'un RE. Il pense que ce serait une erreur de bagatelliser les avertissements évoquant une intervention étatique (Conseil fédéral, Parlement, Arrêté

fédéral urgent-AFU) dans l'hypothèse où les partenaires ne parviendraient pas à s'entendre. En cas d'AFU, on pourra alors prendre congé et du RE et d'une valeur du point (ci-après: VdP) à Fr. 1.-. En réponse à une question du *Dr Blaise Bourrit (GE)*, il est précisé que la principale pierre d'achoppement est constituée par la neutralité des coûts, notion par nature contradictoire avec un tarif calculé sur la base d'une économie d'entreprise. Quant à la LAMal, qui permet de justifier tout et son contraire, elle n'offre guère de main secourable; reste donc la politique des petits pas. Le TARMED a souffert de pressions politiques énormes et ce n'est que dans les six à huit derniers mois que les choses se sont quelque peu débloquées, la FMH n'étant plus la seule à être persuadée de la nécessité d'un RE. S'agissant de la fourchette de +/- 10% pour les rémunérations des prestations, le *Dr H. H. Brunner* observe que ce postulat est déjà réalisé d'assez près dans le «Tarif bleu». Il attire l'attention de l'auditoire sur le danger qu'il y a à opérer des comparaisons isolées sur telle ou telle intervention, car cette façon de procéder ne reflète guère la réalité de la pratique médicale. On passe alors à la discussion sur la structure tarifaire conformément à l'ordre du jour.

7.1 Version 1.0 Structure tarifaire TARMED

La Chambre médicale, après avoir entendu les explications du *président*, accepte à l'unanimité la *proposition n° 1, ad tractandum 7.1*, présentée par le *Dr François Bossard (Société suisse de radiologie SSR)* demandant que les radiologues aient également accès aux prestations de base. Le *président* précise qu'il prendra cette proposition dans la ronde des négociations et cela, non seulement pour les radiologues, mais pour l'ensemble du corps médical.

Quant à la *proposition n° 2, ad tractandum 7.1*, présentée par la *Société de médecine du canton du Jura* et précisant qu'au chiffre 14 des «Interprétations générales pour l'ensemble du tarif» que la documentation doit être fournie «au médecin-conseil s'il le souhaite» (et non pas à l'administration des caisses-maladie), elle est acceptée tacitement, sans opposition.

Une *proposition n° 3, ad tractandum 7.1*, présentée, elle aussi, par la *Société de médecine du canton du Jura*, demande la suppression, au chiffre 36 des «Interprétations générales» précitées, de la mention «si l'efficacité de l'acte a été prouvée» parmi les conditions d'indemnisation d'une position spécifique.

Sur proposition du *président*, il conviendrait plutôt de supprimer l'ensemble de cette phrase et de la remplacer par le libellé de la disposition topique de la LAMal. Cette proposition présidentielle est acceptée tacitement et à l'unanimité.

On en arrive alors à une controverse sur la psychothérapie déléguée, avec deux propositions ne se prêtant pas à être fondues en une seule et qu'il convient dès lors de traiter séparément.

La première *proposition* traitée, *n° 4 bis, ad tractandum 7.1*, présentée par le *Dr Jürg Pellaton (ZH)* demande que la mention de la psychothérapie déléguée soit supprimée de la version 1.0. L'intervenant

rappelle que la psychothérapie déléguée a été introduite à une époque où l'on connaissait une pénurie de psychiatres. On a donc en quelque sorte fait de la place à des non-médecins à l'intérieur d'un tarif médical, ce qui est assez particulier. Il n'y a plus de raison aujourd'hui pour perpétuer cette situation estime l'interpellant au nom de la *Société de médecine du canton de Zurich*.

La seconde *proposition n° 4, ad tractandum 7.1*, présentée par le *Dr J. de Haller (Société suisse de médecine générale SSMG)* demande au contraire que l'on prévoie au chapitre 02.03 «Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical» que «le médecin déléguant [soit] autorisé à pratiquer à la charge des assurances sociales».

Le vote est organisé en deux temps. La *proposition du Dr J. Pellaton* est mise la première aux voix: elle est rejetée par 79 voix contre 28 et 46 abstentions. C'est ensuite au tour de la *proposition du Dr J. de Haller* d'être soumise à l'appréciation des délégués; elle est acceptée par 109 voix contre 13, avec 34 abstentions.

Dans la foulée, une *proposition n° 5, ad tractandum 7.1*, présentée par le *Dr J. Pellaton (ZH)* demandait que l'on précise au point 5 des interprétations générales que les «certificats d'incapacité de travail sur formulaire dans le cadre de la LAA» ne concernent bien que la LAA et pas les autres certificats d'incapacité de travail (p. ex. à l'intention de l'employeur, d'une assurance d'indemnité journalière privée, etc.) est acceptée tacitement dans le sens de cette précision.

La *proposition n° 6, ad tractandum 7.1*, présentée par le *Dr J. de Haller (SSMG)*, demande en substance que l'on remanie le point 2.3.1 du Concept de la valeur intrinsèque («Dignität») traitant de la «garantie des droits acquis – durée et prolongation», en particulier en ce qui concerne l'étendue de la formation continue exigible pour des activités extérieures au propre titre FMH du médecin concerné. L'interpellant demande que ce remaniement soit effectué sous l'égide de la FMH et ne soit pas abandonné à la discrétion des SDM concernées.

La Chambre accepte tacitement cette proposition et le *président H. H. Brunner* promet que le CC veillera à ce que toute discrimination soit évitée.

Les délégués se penchent ensuite sur deux propositions ayant trait au contrôle de la validation des données concernant la valeur intrinsèque. Il s'agit de la *proposition n° 7, ad tractandum 7.1*, présentée par le *Dr J. de Haller (SSMG)* et demandant que le médecin concerné apporte lui-même les attestations concernant ses droits acquis, et de la *proposition n° 8, ad tractandum 7.1*, présentée par le *Dr J. Schlup, président de la Société de médecine du canton de Berne*, qui demande que l'exécution des modalités du concept de valeur intrinsèque soit confiée «exclusivement» à la FMH, les SCM et l'ASMAL n'étant pas en mesure de répondre aux exigences d'une telle tâche.

Après une assez large discussion sur ces deux propositions, le *président H. H. Brunner* propose la solution suivante:

- La FMH est compétente pour l'exécution et les mesures d'application du concept de valeur intrinsèque.
- Les organisations de base assument une fonction de conseillères et procèdent, au minimum, à la vérification des données fournies par voie de sondage.
- La rédaction du concept de valeur intrinsèque sera remaniée en conséquence. Selon l'intervenant, les Fr. 30.- de contribution spéciale que la Chambre a fixé la veille (cf. point 4 de l'ordre du jour) devraient en principe permettre à la FMH de couvrir les frais de cette activité; le CC se réserve toutefois de revenir devant la prochaine Chambre médicale ordinaire avec une demande de financement spéciale si tel ne devait pas être le cas.

La Chambre *accepte* tacitement la proposition présidentielle, si bien que les propositions n° 7 et 8, ad tractandum 7.1, peuvent être considérées comme liquidées.

Ainsi que le suggère le président, la proposition du Comité central n° 9, ad tractandum 7.1, concernant la prise de connaissance par la Chambre médicale de la structure tarifaire sera soumise au vote en même temps que la décision finale sur le RE, vu qu'il s'agit de matières étroitement liées.

7.1.1 Information sur l'expertise du Prof. G. Neubauer

Le président brosse l'historique récent des négociations qui ont permis d'assister à la fin de la résistance affichée jusqu'alors par nos partenaires à la nécessité de procéder à un remaniement de la structure tarifaire. Les expériences faites par les uns et les autres lors de la «ronde 2000», les enseignements en provenance d'Allemagne et les premières conclusions encore provisoires de l'expertise du Prof. G. Neubauer les ont amenés à donner leur accord pour entrer en matière sur nos demandes légitimes. La digue de leur opposition a cédé le 30 avril dernier, lorsque les politiciens ont dû se rendre à l'évidence qu'un remaniement était nécessaire; les interventions bien étayées du Prof. R. Tscholl ont également joué un rôle important.

Nous pouvons maintenant délivrer un message positif dans le domaine du «Tarif bleu», même si nous devons encore délivrer un «Non» à tous les contrats-cadres. Les travaux ont déjà commencé, notamment avec les radiologues. Par ailleurs, des discussions ont déjà été entamées ces tout derniers jours avec d'autres SDM concernées sur ce sur quoi doit porter le remaniement, ce qui explique pourquoi les papiers soumis à la Chambre l'ont été juste avant la présente séance.

S'agissant de l'expertise du Prof. G. Neubauer proprement dite, on relèvera que les obstacles qui empêchaient jusqu'ici ce dernier et son collaborateur, le Dr Lindl, à pouvoir avoir accès à certains éléments sous-jacents ainsi qu'à certaines informations supplémentaires sur la mécanique tarifaire ont pu, de facto, être levés. Les auteurs de l'expertise pourront dès lors poursuivre et conclure leur travail. Le prési-

dent conclut ces informations en soulignant le lien organique étroit entre le RE et la poursuite des négociations, ce qui revient à dire qu'une rupture des négociations condamnerait irrémédiablement le RE maintenant accepté.

7.1.2 Reengineering (RE)

Dans une proposition n°1, ad tractandum 7.1.2, déposée conjointement par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie et la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie d'enfants et d'adolescents, il était demandé qu'un siège soit réservé aux sociétés proposant dans la délégation de remaniement du TARMED. Cette proposition est retirée en cours de séance par le Dr Urs Fromm, lesdites sociétés ayant pris note des déclarations du président selon lesquelles le comité consultatif chapeautant les négociations pourra en tout temps faire appel ponctuellement à des psychiatres en cas de discussion d'objets spécifiques à ces SDM. Le CC a en effet volontairement laissé deux sièges ouverts au sein de cette délégation, laissant à la discrétion du comité consultatif, le soin de désigner les personnes qui participeront ponctuellement, selon les objets traités, aux négociations.

En réponse à une question précise posée par le Dr Marc Müller-Friedli (SSMG), le président explique que la création dudit comité consultatif a constitué une manière de répondre aux critiques de tous ceux (SDM, SCM et autres groupements médicaux) estimant qu'ils étaient laissés à l'écart de la négociation. Leur participation aux travaux dudit comité consultatif leur permet d'être davantage en prise directe sur la négociation. La fonction du comité est de déterminer, de concert avec la délégation de la FMH aux négociations, les positions qu'il convient d'y défendre en ce qui concerne le RE. La responsabilité suprême pour la négociation reste en mains du CC; c'est à lui qu'il appartiendrait d'intervenir en cas de blocage entre le comité consultatif et la délégation, d'autant plus que les délais tyranniques qui nous sont imposés devront être respectés (rappel: la phase I devra être bouclée d'ici la fin août 2001).

Le président *accepte* ensuite de prendre dans la négociation la proposition n° 2, ad tractandum 7.1.2, présentée par le Dr F. Bossard (Société suisse de radiologie SSR) demandant qu'une «correction de l'ensemble de la structure des données concernant la radiologie et aussi des autres prestations basées sur le tarif INFRA et sur la version 1.0 du TARMED doit dans tous les cas être effectuée avant l'entrée en vigueur du tarif et fait partie intégrante de celui-ci».

Il était notamment bien précisé que l'on entend par «structure de données» le calcul des principales valeurs clés, exhaustivement énumérées au second paragraphe de cette proposition.

Le président déclare ensuite qu'il prendra également dans la négociation la proposition n° 3, ad tractandum 7.1.2, présentée par le Dr F. Bossard (SSR) demandant que «les valeurs intrinsèques qualitatives et quantitatives de toutes les prestations doivent être contrôlées et limitées aux fournisseurs de prestations

mentionnés dans les programmes de formation pour les titres de spécialiste, les attestations de formation complémentaire et les certificats d'aptitude technique (en tenant compte du principe des droits acquis).

Les valeurs intrinsèques qualitatives et quantitatives déterminantes pour les radiologues doivent être corrigées dans le cadre du remaniement tarifaire, en particulier dans les domaines où ces derniers sont exclus».

Il y a lieu de relever que cette proposition ne pourra pas être concrétisée dans la phase I mais seulement dans la phase II qui se terminera le 31 décembre 2002. Le président tient à signaler qu'il faudra se dégager des temps minimaux définis par les curricula, étant donné que les programmes de formation postgraduée sont beaucoup plus détaillés que les positions tarifaires des prestations fournies.

Le président donne par ailleurs l'assurance à la représentante de l'ASMAC, Mme le Dr M. Kondo Oestreicher (ASMAC) que l'association qu'elle représente pourra participer aux discussions internes qu'il conviendra de mener à ce sujet au sein de la FMH.

Sur la base des explications fournies, la Chambre accepte tacitement la proposition n° 3 ad tractandum 7.1.2.

Dans sa proposition n° 4, ad tractandum 7.1.2, le Dr F. Bossard (SSR) demandait que diverses prestations absentes du chapitre de radiologie (sonographie diagnostique de la hanche chez le nourrisson, mammotome/ABBI, tomographie par émission de positron selon les organes et ostéodensimétrie) y soient intégrés lors du remaniement tarifaire.

Le président, vu la position irrévocable adoptée par les assureurs, s'oppose à cette proposition, d'autant que d'autres SDM ont des requêtes de même nature à faire valoir. La proposition ne sera néanmoins pas oubliée et sera présentée dans une future ronde de négociations en 200X. La Chambre médicale accepte tacitement cette manière de faire; encore faudra-t-il convaincre le moment venu nos partenaires d'entrer en matière ...

Quant à la proposition n° 5, ad tractandum 7.1.2, toujours présentée par le Dr F. Bossard (SSR) elle est acceptée tacitement par les délégués. Elle demande en substance que le remaniement de toute une série de prestations de radiologie, exhaustivement énumérées, ait «impérativement lieu avant l'entrée en vigueur, même limitée à certains domaines, du TARMED». Il n'en va de rien de moins que de la survie des instituts de radiologie.

Dans une proposition n° 6, ad tractandum 7.1.2, présentée par le Prof. R. Tscholl, président de la FMS, il est demandé que «les responsables de la FMH ne pourront approuver le TARMED que lorsque les résultats du remaniement tarifaire seront disponibles et qu'ils auront été approuvés de manière contraignante par les parties. Les résultats minimaux du remaniement doivent être définis sur le plan quantitatif ...».

La proposition énumère ensuite dans le détail les points qui devront être respectés sur les plans tant qualitatif (par ex. correction des productivités pour les activités invasives, prise en compte des temps

d'induction et de réveil pour l'opérateur, indemnisation de l'assistance, spécification dans le tarif de la prestation technique revenant au médecin) que quantitatif (productivité en % selon les salles d'opération, temps d'induction et de réveil selon les classes de risques, assistance, prestation technique attribuable au médecin).

La proposition est développée par son auteur ainsi que par le Dr B. Meister (Société suisse d'anesthésiologie) qui insistent tous deux pour que l'on quantifie notre «wenn und aber» et que le corps médical dispose ainsi de garanties solides et contractuellement fixées avant de se prononcer. Le président H. H. Brunner fait observer que la Chambre médicale s'est déjà prononcée et positionnée sur ces points lors de sa séance extraordinaire du 12 avril dernier. Il rappelle que l'important est de refuser une neutralité des coûts au niveau de la structure tarifaire (= fin des compensations interdisciplines), car la question de la neutralité des coûts doit être réglée ailleurs, et de définir clairement le mandat des négociateurs. Le président est encore amené à préciser, dans le cadre d'une série de questions posées par le Dr Philippe Rheiner (GE), que la valeur du point pour les prestations médicales et pour les prestations techniques sera la même dans le domaine de la LAA; en revanche, plusieurs questions restent encore ouvertes sur ce point pour le domaine LAMal. Pour répondre enfin à une appréhension exprimée par le Dr Richard Nyffeler (FR) qui craint que l'acceptation des données chiffrées de la FMS n'entraîne des répercussions peut-être insupportables dans d'autres secteurs du tarif, le Dr H. H. Brunner dit sa conviction que les conséquences de leur acceptation resteront modérées et qu'il ne faut pas en exagérer l'importance. Après cette discussion et ces explications, la proposition de la FMS est acceptée tacitement, à titre de maxime pour la délégation de la FMH aux négociations.

La proposition n° 7, ad tractandum 7.1.2, présentée par le Dr Heinz Bereiter au nom de la Société suisse d'orthopédie demande que «si une convention tarifaire TARMED est passée avec la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), avec l'assurance militaire (AM) et avec l'assurance-invalidité (AI), il faut garantir par contrat un mécanisme de protection (encore à définir) pour les sociétés de discipline médicale principalement concernées».

Toutes les assurances en ce sens sont données par le président qui souligne qu'il s'agit d'une condition «sine qua non» (ne concernant d'ailleurs pas que les orthopédistes, mais également les radiologues, les dermatologues et les psychiatres pour enfants et adolescents) à l'introduction du tarif bleu.

La proposition est donc acceptée tacitement par la Chambre médicale.

Par une proposition n° 9, ad tractandum 7.1.2, le Dr Patrick Haemmerle (Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie d'enfants et d'adolescents) demande que l'on prenne en compte et que l'on corrige, déjà pour la phase I, les erreurs manifestes affectant

encore la structure TARMED, en particulier que l'on prenne en compte d'une manière plus réaliste les taux de productivité des psychiatres. *Le président* ne s'oppose pas à cette proposition, mais réclame des sociétés concernées qu'elles fournissent des données chiffrées bien étayées. Avec cette condition, la Chambre médicale *accepte* tacitement la proposition.

Dans une *proposition n° 10, ad tractandum 7.1.2*, le *Dr Urs Stoffel (ZH)* demande à ce que la part des prestations techniques pour la chirurgie ambulatoire soit portée de 60% à 80% au moins pour la salle d'opération 1. *Le président* ne s'oppose pas à cette proposition mais souligne qu'elle pose un problème d'ordre structurel dont il y a lieu que la FMH se saisisse, avec l'aide de la FMS et des SDM concernées, soit celui de la définition des salles d'opération.

La proposition est ainsi tacitement *acceptée*.

On est ainsi parvenu au point où *les deux propositions du Comité central* doivent être mises en délibération et soumises au vote. Pour l'intelligence du sujet, est indiqué d'en reproduire ci-après le libellé en extenso:

Proposition n° 9, ad tractandum 7.1

«Proposition à la Chambre médicale de prendre connaissance de la structure tarifaire TARMED, version 1.0

1. Le Comité central demande à la Chambre médicale de prendre connaissance de la structure tarifaire TARMED, version 1.0.
2. Le Comité central demande à la Chambre médicale de lui confier, respectivement à la délégation aux négociations, le mandat:
 - d'établir une version définitive (revue et corrigée du point de vue rédactionnel) de la structure tarifaire, avec un index, en vue de son introduction;
 - de mettre au point, en collaboration avec les parties à la convention, les composantes de la phase I du concept de remaniement et de les intégrer dans la version qui sera introduite.
3. Après consultation du comité consultatif, le Comité central décide de la version définitive. Cette décision (y compris la structure tarifaire prévue) doit être communiquée aux sociétés représentées à la Chambre médicale avec la date d'une possible Chambre médicale extraordinaire. Celle-ci aura lieu si lesdites sociétés l'exigent, avec le quorum prévu par les statuts, dans un délai de deux semaines.
4. Les autorités compétentes sont informées que la structure tarifaire TARMED ne doit PAS être forcément approuvée par le Conseil fédéral. La délégation de la FMH aux négociations doit dès lors rejeter la proposition correspondante des parties à la convention TARMED.»

Proposition n° 8, ad tractandum 7.1.2

«Proposition de remaniement

1. Le Comité central est chargé, en consultation avec la délégation aux négociations sur le remanie-

ment du TARMED et avec les trois partenaires à la convention H+, CAMS et la FMH, de conclure une convention sur l'exécution du remaniement de la structure tarifaire TARMED, version 1.0.

2. Le papier «Concept de remaniement du TARMED», tel qu'il est présenté à la Chambre médicale, éventuellement complété et/ou corrigé par des décisions de celle-ci, sert de base à ce remaniement.
3. En cas de modification de ce concept, la phase 1 est fixée à 4 mois.
4. Les points de révision, qui doivent être définitivement introduits dans la phase 1 par la FMH, seront définis sur la base du modèle tarifaire FMS et en fonction des résultats de l'analyse des problèmes qui a été ou sera menée pour TOUTES les disciplines.
5. La convention sera portée immédiatement à la connaissance des institutions représentées à la Chambre médicale.»

Une *proposition ad tractandum 7.1* présentée par le *Dr Charles A. Favrod-Coune (VD)* requiert que soit introduit un *amendement* au chiffre 3 de la proposition du Comité central n° 9, ad tractandum 7.1, demandant que la Chambre médicale doive quoi qu'il en soit se prononcer sur la version définitive et pas seulement si des sociétés l'exigent; l'intervenant pense que l'acceptation de sa proposition serait de nature à renforcer les négociateurs et à donner un signal fort pour la votation générale. *Le Dr H. H. Brunner* se défend de vouloir limiter les droits de la Chambre médicale mais estime que celle-ci ne devrait pas être convoquée sans nécessité. On passe au *vote*, qui oppose la proposition d'amendement du *Dr C. A. Favrod-Coune* à la version du Comité central. La *version du Comité central est acceptée* à une forte majorité, contre 23 voix ayant soutenu la proposition d'amendement.

Aucune autre proposition n'est opposée aux *deux propositions du Comité central n° 9, ad tractandum 7.1, et n° 8, ad tractandum 7.1.2*, si bien que le *président* constate que celles-ci sont *acceptées* tacitement par les délégués.

7.2 Conventions-cadres

7.2.1 Domaine LAMal

Dans un exposé introductif dont nous ne pouvons donner ici que quelques grandes articulations, le *Dr Andreas Haefeli (AG et président du «G7»)* présente à la Chambre les conditions préalables devant présider à l'acceptation, par une SCM, d'une convention basée sur le TARMED. Le tarif doit en premier lieu être cohérent, car on ne saurait avoir trop souvent recours à la manipulation de la VdP pour corriger des défauts structurels. A cet égard, l'acceptation par la Chambre des propositions de la FMS comme aussi de celles concernant la psychiatrie est de bonne augure. Il s'agit par ailleurs d'identifier, sur la base de l'étude du tarif, non seulement les perdants mais aussi les bénéficiaires, invités aussi à se faire connaître ... Une grande attention doit être vouée à la VdP dans

d'autres secteurs que celui de la médecine ambulatoire privée: la VdP en ambulatoire privé ne devrait pas être fixée avant que l'on connaisse celle des prestations ambulatoires des hôpitaux. Le plus grand problème réside néanmoins dans les autorités politiques qui, jusqu'ici, n'ont pas donné d'indications claires sur la vitesse de réaction qui sera la leur pour prendre les décisions de pilotage dans la délicate phase de mise en œuvre du tarif. Sans un message clair de leur part, les SCM ne pourront pas donner leur aval à l'introduction de la convention. Il semble que la récente «Table ronde» du 30 avril ait permis de débloquent la situation et que tant la Division fédérale de la justice que le DFI et l'OFAS soient aujourd'hui prêts à proposer des solutions pratiques aux autorités cantonales concernées leur permettant de prendre des décisions rapides. Mais comme nous ne disposons encore de rien de concret, *l'intervenant* conclut les propos liminaires sur ce tractandum en disant que, dans l'état actuel, les SCM ne peuvent dans ces conditions pas accepter les contrats-cadres dans le domaine LAMal, y compris celui sur la neutralité des coûts (ci-après NC) qui devra être remis sur le métier. Néanmoins, la convention-cadre en soi et les propositions qui ont été annexées au BMS sont mûres pour qu'on les mette en application le moment venu.

Le président propose alors à la Chambre d'accepter que la manière de procéder soit celle décrite dans la proposition n° 3, ad tractandum 7.2.2, du Comité central, dont le libellé intégral est le suivant:

«Proposition LAMal – convention-cadre

1. La convention-cadre LAMal est renvoyée au Comité central avec les mandats suivants:
 - Présentation à la Chambre médicale, sur la base de l'annexe actuelle et des discussions et décisions, d'un concept DEFINITIF pour l'introduction, neutre en termes de coûts, de la structure tarifaire TARMED dans le domaine de la LAMal, en tant qu'annexe de la convention-cadre. Cette annexe doit notamment contenir des précisions sur:
 - les instances, les règles de procédure et les délais en cas de recours avant et pendant la phase d'introduction;
 - les modalités techniques concernant la neutralité des coûts lors de la phase d'introduction, y compris les éventuelles adaptations de la valeur du point et les interventions sur la structure tarifaire.
 - Apport de compléments et de corrections à la convention-cadre et à ses annexes selon discussions et décisions de la Chambre médicale.
2. La Chambre médicale considère l'acceptation d'une convention concernant le remaniement du TARMED par la FMH comme une condition sine qua non pour l'approbation de la convention-cadre.
3. Sitôt les exigences des points 1 et 2 remplies, le Comité central met sur pied, sans retard et sans Conférence des présidents préalable, une séance extraordinaire de la Chambre médicale où sera

présentée la version remaniée de la convention-cadre LAMal avec toutes ses annexes.

4. Votation générale: cf. proposition séparée.»

Le président H. H. Brunner fait observer que ce texte reprend les articulations de l'exposé du président du «G7», le Dr A. Haefeli. Il tient également à préciser qu'il a été convenu avec le Concordat de fixer un temps maximum de douze mois pour l'introduction du concept de NC et que, passé ce délai, ce concept de NC n'aura plus lieu de s'appliquer. Quant aux «+ 6 mois», ils signifient simplement que c'est le laps de temps pendant lequel seront exploitées les expériences récoltées au cours des 12 mois d'application du concept de NC. Cela a été exposé clairement à la Table ronde du 30 avril et le Concordat est conscient que tout écart par rapport à ce qui précède équivaudrait à une rupture des négociations ouvrant la porte au tarif d'autorité. Autre inconnue pour l'instant: quelle sera la position adoptée par le Surveillant des prix?

La discussion est ouverte qui fournit l'occasion au *président*, en même temps qu'il répond à des questions posées par le Dr Erich Steinmann (LU) ou commente l'exposé du Dr R. Nyffeler (FR) sur les raisons qui l'avaient initialement conduit à présenter sa proposition n° 2, ad tractandum 7.2.2 (Question: «Refusez-vous TARMED?» qui n'a plus lieu d'être posée après l'acceptation par la Chambre de la proposition du CC n° 9, ad tractandum 7.1), de quelques considérations supplémentaires: tout d'abord, concernant la NC, *le président* relève que la marche suivie est celle là même qui a été demandée depuis des années par la Chambre médicale; il faut se garder de toutes exigences supplémentaires dont le traitement aurait pour effet de prolonger la période fixée de 12 mois et de permettre par exemple que le budget global réapparaisse au détour du chemin. En ce qui concerne le rôle du TARMED ensuite: il faut absolument circonscrire les problèmes et cesser de nous faire instrumentaliser comme cela a été le cas depuis des années par tous ceux qui pensent que le TARMED est la panacée à tous les maux et défauts de la LAMal en particulier et de notre système de santé en général. Aux politiciens de prendre leurs responsabilités!

A l'issue des ces exposés et délibérations, *le président* est heureux de pouvoir constater une *acceptation unanime* de la Chambre médicale de la proposition du Comité central n° 3, ad tractandum 7.2.2 (*décision de principe*).

A l'invitation du président, le Dr A. Haefeli conduit alors la discussion sur certaines propositions ponctuelles.

La première émane du Dr J. de Haller (SSMG) qui dans sa proposition n° 1 ad tractandum 7.2.1 demande en substance, au chapitre 11, chiffre 5 de la convention-cadre TARMED, une formule potestative et non contraignante concernant la *facturation par voie électronique* au plus tard deux ans après l'introduction du TARMED. La société déléguante a le souci de ne pas pénaliser des collègues proches de la retraite.

Le Dr A. Haefeli insiste pour une formule contraignante en précisant que les médecins qui ne veulent pas procéder à des investissements en informatique pourront le faire via des formulaires idoines de la Caisse des médecins et que l'on pourrait régler dans un protocole avec les assureurs la liquidation des cas difficiles.

Après un baroud d'honneur des partisans de cette proposition, on passe au vote dont le résultat donne une majorité évidente pour la version du Comité central contre 24 voix pour la proposition de la SSMG. La proposition n° 13, ad tractandum 7.2.2, présentée par le Dr J. Schlup (BE) concernant le devoir de communication du diagnostic selon les codes ICD-10 ou des interventions selon le code CHOP est retirée par son auteur. Dont acte.

Le président tient à signaler dans ce contexte de la problématique des diagnostics saisis par système ICPC, qui concerne aussi le domaine LAA, que des médecins praticiens et des cliniciens ont développé un système, compatible d'ailleurs avec le code ICD-10, qui devrait rendre de notables services aux médecins en pratique ambulatoire, en particulier les médecins de premier recours. On s'emploie auprès de l'Office fédéral de la statistique à ce que ce système (qui opère selon des constellations de symptômes) soit adopté; une présentation dans le BMS est prévue.

La Chambre médicale se penche ensuite sur une série de propositions ayant toutes pour objet la protection de la sphère privée des patients, notamment en ce qui concerne la transmission des diagnostics aux assureurs en même temps que de l'identité du patient, que ce soit dans le domaine LAMal ou, quelque peu par anticipation sur le programme de la séance, dans le domaine LAA. Il s'agit des propositions n° 4, ad tractandum 7.2.1, présentées par la Société médicale du canton du Jura, n° 5, ad tractandum 7.2.1 et 7.2.2, présentée par le Dr Jean-Frédéric de Montmolin (SMSR) et de la proposition n° 14, ad tractandum 7.2.2, présentée par le Dr U. Stoffel (ZH); ce dernier demandant encore que «le temps nécessaire au codage soit indemnisé par le biais de la position 00.0130, prestation médicale en l'absence du patient».

Le président H. H. Brunner souligne dans ce contexte que l'on a besoin de diagnostics corrects à des fins épidémiologiques, mais que des données anonymisées suffisent. En ce qui concerne le «courant normal» en matière de transfert de données, les flux d'information pourront être fragmentés, les positions de prestations étant transmises aux assureurs, les noms et prénoms des assurés étant stockés ailleurs en sûreté et n'étant communiqués, en cas de besoin, qu'aux seuls médecins-conseils des assureurs.

Toutes ces propositions susmentionnées sont prises dans la négociation pour discussion avec les assureurs.

Cela étant posé, le président déclare, qu'après avoir procédé à un examen des autres propositions déposées à propos de la convention-cadre LAMal, il est arrivé à la conclusion qu'on pouvait les prendre comme maxime pour la négociation et/ou en discuter avec les assureurs.

On passe alors au point suivant.

7.2.2 Convention-cadre du domaine AA/AM/AI

Dans un propos liminaire, le président H. H. Brunner fournit à la Chambre quelques informations nécessaires à la compréhension de la stratégie suivie dans ce dossier et sur les tenants et aboutissants de la suite des opérations; il suffit de savoir que les délégués ont été dûment informés avant de prendre leur décision, mais il n'y a pas lieu de lever le voile dans le cadre de cette recension.

L'exposé présidentiel ne suscite pas de commentaire, si ce n'est un sérieux bémol posé par le Dr R. Streit (BE). Tout en étant prêt à donner son aval à une acceptation de la convention-cadre du domaine AA/AM/AI, il s'en voudrait, avant le vote, de ne pas attirer l'attention de la Chambre sur un danger que l'on ne saurait d'emblée écarter et qui verrait une acceptation de la convention-cadre dans le domaine AA/AM/AI servir à nous juguler dans le domaine LAMal (ici aussi, le souci de discrétion nous empêche de braquer plus fortement les projecteurs sur le raisonnement développé par l'intervenant devant ses pairs).

Invité à donner son sentiment sur ce qui précède, le président estime l'analyse du Dr R. Streit tout à fait pertinente en tant que scénario du pire, mais indique que «certains clous sont déjà plantés» et que, surtout, la Chambre médicale a en tout temps le pouvoir de bloquer le processus en cas de dérapage.

Le vice-président, le Dr Y. Guisan, attire encore dans ce contexte l'attention des délégués sur le fait que l'on devra voter sur l'initiative socialiste au plus tard l'année prochaine et que l'on serait bien avisé de la prendre en considération dans nos réflexions.

La Chambre est alors amenée à se prononcer sur une proposition n° 22, ad tractandum 7.2.2, présentée par le Dr Roland Schwarz (BL) et ainsi libellée:

- «1. La Chambre approuve le tarif médical TARMED et les annexes à la convention-cadre uniquement à la condition que la structure tarifaire TARMED ne soit utilisée par les médecins en pratique privée que lorsqu'elle sera aussi mise en vigueur pour le secteur ambulatoire hospitalier.
2. La Chambre médicale approuve le tarif médical TARMED et les annexes à la convention-cadre uniquement à la condition que la même valeur du point tarifaire soit appliquée pour le secteur ambulatoire hospitalier que pour les médecins en pratique privée.»

Appelés à se prononcer s'ils acceptaient que cette proposition fasse partie intégrante de la proposition n° 21, ad tractandum 7.2.2, présentée par le CC, les délégués l'acceptent à une majorité évidente contre une voix et avec 11 abstentions.

On passe alors à la votation sur la proposition n° 21, ad tractandum 7.2.2, présentée par le CC (à laquelle on intégrera la proposition du Dr R. Schwarz que l'on vient d'accepter) et qui avait auparavant le libellé suivant:

«Proposition concernant la convention-cadre
AA/AM/AI

1. La Chambre médicale approuve la convention-cadre AA/AM/AI aux conditions suivantes:
 - Une convention pour le remaniement de la structure tarifaire sera conclue conformément à la décision de la Chambre médicale (cf. proposition ...) avant l'introduction du tarif.
 - La convention-cadre sera complétée, voire corrigée à la lumière des discussions et décisions de la Chambre médicale.
 - La valeur du point pour toutes les prestations médicales et techniques est fixée à Fr. 1.-.
2. Votation générale: cf. proposition/décision concernant la votation générale.»

Cette proposition, enrichie par la proposition du Dr R. Schwarz, est ensuite mise au vote. Elle est acceptée à une très grande majorité, contre deux voix et avec cinq abstentions.

On notera ici par souci d'être complet qu'une série de propositions sur des sujets ponctuels ad tractandum 7.2.2 n'ont pas été traités. Ils seront dans toute la mesure du possible pris en considération dans nos discussions avec les assureurs.

7.3 Suite de la procédure

Ce point de l'ordre du jour peut être considéré comme liquidé. Reste à traiter le point 7.3.1.

7.3.1 Votation générale

Le président explique liminairement que cette question ne se pose pour l'instant que pour le domaine de la convention-cadre AA/AM/AI que l'on vient d'accepter. La situation est très ouverte et l'on peut légitimement trouver de bons arguments pour justifier une votation générale «hic et nunc» comme on peut justifier d'en différer le moment «immédiatement après [les] prises de décision [de la Chambre médicale] sur la convention-cadre LAMal et sur la version d'introduction définitive de la structure tarifaire. Une votation générale [aurait] lieu simultanément sur la convention AA/AM/AI, y compris la structure tarifaire dans sa version d'introduction. En cas de rejet par les membres, la convention AA/AM/AI [serait] immédiatement dénoncée», ainsi que le prévoit le libellé de la proposition n° 2, ad tractandum 7.3.1, du Comité central.

Avant de laisser la parole aux délégués, le président leur présente les avantages et les inconvénients d'une votation générale immédiate. Les considérations d'ordre stratégique nous empêchent ici aussi d'être par trop précis, sauf à retenir qu'une votation générale immédiate permettrait de remplir une promesse (du CC comme aussi de nombreuses SCM à leurs membres) et mettrait un terme aux discussions, alors qu'il faut citer comme inconvénient le fait que notre base ne dispose encore que de connaissances limitées pour prendre une décision bien assise.

Dans la discussion générale qui se développe sur ces entrefaites, le Dr J. Schlup, président de la «Bernoise» est le premier à rompre une lance en faveur de l'organisation d'une votation générale «avant l'introduction du TARMED, même si celui-ci n'est d'abord introduit que dans un domaine particulier, par exemple le domaine AA/AM/AI», comme le demande la proposition n° 1, ad tractandum 7.3.1, de sa société. Il estime que nous avons des engagements vis-à-vis de notre base et que l'on doit montrer que nous n'en avons pas peur. Grâce à l'acceptation de la proposition du Dr R. Schwarz, nous ne sommes plus obligés de presser les choses avant les vacances d'été et l'on pourrait organiser la votation générale à l'automne. La plupart des autres intervenants (Drs R. Nyffeler [FR], W. Grete [ZH], Blaise Bourrit [GE], M. Martin Röhliberger [GR], F. Bossard [SSR] et J. de Haller [SSMG]) sont pour que l'on sursoie à la votation générale, plaçant l'opportunité, qui le refus de présenter un produit non encore abouti, qui le risque de devoir affronter une votation empreinte encore de trop d'émotion ou le souci de lier le CC par des dates contraignantes. Le Dr R. Streit (BE), tout en reconnaissant qu'il n'y a pas à proprement parler de décision «digne d'être soumise à la votation générale» estime néanmoins que nous nous devons par principe, pour ne pas rompre des promesses claires faites à nos membres, d'organiser une votation générale avant que la convention-cadre dans le domaine de la LAA entre en vigueur.

Le président H. H. Brunner se dit lui-même partagé entre les exigences de la démocratie plaçant pour une votation générale immédiate et les considérations tenant à la raison d'Etat qui l'inclineraient plutôt à différer la décision; il s'en rapporte, comme le CC, au verdict de la Chambre. Après de dernières informations fournies par les Drs H. H. Brunner et A. Haefeli, suite à une question du Dr R. Nyffeler (FR) sur les modalités des opérations à venir (couverture assurée par la FMH pour les négociations, coordination entre les SCM, première ronde de négociations avec le Concordat sitôt connus les résultats des calculs sur la VdP de départ, poursuite des travaux de RE), on peut passer en toute connaissance de cause au vote qui oppose la proposition du CC n° 2, ad tractandum 7.3.1, à la proposition de la «Bernoise» n° 1, ad tractandum 7.3.1. La Chambre accepte massivement, par 126 voix contre 7, sans abstention, la proposition du CC.

Le Dr R. Urscheler (SG) présente sur ces entrefaites une proposition n° 3, ad tractandum 7.2.2, visant à ce que la décision prise cet après-midi par la Chambre médicale (n° 21, ad tractandum 7.2.2, concernant la convention-cadre AA/AM/AI) soit déclarée urgente et dès lors définitive. Une majorité des quatre cinquièmes est requise pour une telle décision. Elle n'est pas atteinte, la votation à mains levées ayant fait apparaître une écrasante majorité rejetante. Dont acte.

8. Comité central

Composition, structure

Les délégués ont reçu, à leur demande exprimée lors de la Chambre médicale ordinaire de juin 2000, un mémoire élaboré par le Comité central portant sur la composition souhaitable de ce dernier pour l'avenir. Après avoir pesé soigneusement les avantages et les inconvénients d'un CC opérationnel réduit à 4 membres professionnels entourant le président, d'une part, et d'un CC stratégique à plus large assise et plus vaste recrutement (entre 8 et 11 membres entourant le président), d'autre part, le CC actuel a estimé que les raisons objectives, y compris du point de vue financier, l'emportaient pour que l'on en reste à un CC stratégique comme maintenant; il observe en particulier qu'une telle option n'empêche pas l'un ou l'autre de ses membres d'exercer des fonctions plus astreignantes que ses pairs. La solution hybride d'un CC stratégique doté d'un Bureau réduit a été résolument écartée.

Les exposés du président et du secrétaire général ne donnent pas lieu à remarques ou demandes de discussion et la Chambre médicale prend acte dudit rapport et accepte tacitement la proposition du CC n°1, ad tractandum 8, d'en rester à la formule actuelle d'un Comité central stratégique élargi.

9. Varia

9.1 Plan directeur Armée XXI

Dans une proposition n° 1 ad tractandum 9, la SSMG, représentée en séance par le Dr J. de Haller, demande en substance que le CC mette sur pied une commission représentative des divers groupes de médecins concernés (médecins de premier recours, spécialistes, ASMAC, AEMS), commission «qui devra négocier avec les autorités compétentes des réponses adéquates aux difficultés que le plan Armée XXI risque de poser aux médecins».

Le président H. H. Brunner précise à l'intention du procès-verbal que la commission est en voie de constitution et que des sièges sont encore ouverts pour l'«Ordine» et la SMSR. Dès que la constitution de cette commission sera complète, on le communiquera.

9.2 Cours pour médecins de premier recours

Le Dr Bernhard Arnet (ZH) se réfère à l'article paru dans le BMS n° 12/2001 concernant la plate-forme suisse de soins d'urgence de la FMH. On y postule notamment des critères de qualité pour les services d'urgence des médecins de premier recours et la fréquentation de cours. L'intervenant souhaite savoir quel est le degré contraignant des directives édictées par ladite plate-forme, ce qu'il en est des sanctions concernant les critères de qualité et quelle est la suite qui est prévue.

Une réponse lui est fournie par le Dr Reto Laetsch, qui précise que ladite plate-forme est une structure de dialogue réunissant notamment la SSMG, la Société suisse de médecine interne, la Société suisse de chirurgie, la Société suisse de pédiatrie, la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation et la Société suisse de médecine intensive, ainsi que la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage. Cette plate-forme a été créée pour répondre au vœu de certaines SDM. La plate-forme a établi ces critères de qualité pour combler une lacune dans la chaîne des secours. Quant aux critères établis, ils ne sont pas contraignants et ne constituent pas des directives; ils n'ont pas non plus d'articulations avec les dispositions de la FMH sur les formations postgraduée et continue. Il ne faut pas non plus y voir les signes avant-coureurs d'un titre ou d'une attestation de formation postgraduée. Quant aux sanctions, la plate-forme n'est pas investie du droit d'en édicter.

Après que le Dr U. Naegeli (GL) ait tenu à remercier au nom de tous – et dans la langue de Dante – nos hôtes tessinois de l'Ordine pour leur délicate et amicale hospitalité et que le président H. H. Brunner ait annoncé qu'il se retirait désormais des tâches opérationnelles liées au TARMED, reengineering mis à part, en remerciant tous ceux qui l'ont aidé, y compris par leurs critiques, le temps est venu de lever la séance. Il est 16h40 passées.