Discussions animées. Photos: Christoph Kreyden

Palais des congrès, Bienne, 28 mai 2009

Procès-verbal de la Chambre médicale ordinaire

Erika Flückiger, responsable des services

Un glossaire des abréviations les plus usitées figure à la page 1112.

Remarque de la rédactrice du procès-verbal: par souci de lisibilité, les objets à l'ordre du jour sont présentés ci-après selon l'ordre du jour modifié en début de séance.

Salutations, communications, constitution du Bureau

Jacques de Haller, président de la FMH, ouvre la séance de la Chambre médicale ordinaire à 9h35 en constatant que le quorum de la moitié des délégués ayant droit de vote est atteint. Il souhaite la bienvenue aux délégués présents et aux hôtes de ce jour: *Kurt Schreier*, président désigné de la Société de médecine du canton de Schwytz, *Reinhard Kunz*, directeur de FMH Services, *Peter Geissbühler*, de la fiduciaire von Graffenried Treuhand SA (organe de contrôle pour le point 3), *Roland Schwarz*, *Philippe Rheiner* et *Adrian Sury*, membres de la Commission de gestion (CdG) ainsi que *Lukas Golder*, de l'institut de sondage gfs.berne (pour le point 5). Après avoir donné quelques informations administratives et organisationnelles, le *président* annonce la triste nouvelle du décès subit de François Bossard, de Hilterfingen, qui a succombé la veille à un infarctus du myocarde. *Jacques de Haller* rend hommage en quelques mots à ce collègue qui a œuvré pendant des décennies en faveur de la politique professionnelle, notamment dans des questions tarifaires, et qui mérite une grande reconnaissance. Le *président* présente ses condoléances à l'épouse et à la famille de François Bossard. L'assemblée se lève pour observer une minute de silence.

Le *président* indique ensuite la composition du Bureau de la séance de ce jour, à savoir le président, les deux vice-présidents (*Ignazio Cassis* ne viendra que l'après-midi en raison d'une séance au Conseil national), le secrétaire général et les scrutateurs suivants: *Franziska Zogg/ZG*, *Christoph Ramstein/VEDAG*, *Alain Souche/GE*, *Marcel Stampfli/BE*, *Christian Kind/SSP*, *Chantal Bonnard/SSH*, *Michael Canonica/ZH*, *Anton Gehler/SSMI*, *Stefan Schumacher/ASMAC*, *Lars Frauchiger/ASMAC*.

Le *président* fixe à 17h00 l'heure après laquelle il ne sera plus possible de prendre des décisions ou de voter.

Ordre du jour

Une série de propositions est parvenue au secrétariat après l'expiration du délai fixé pour l'envoi d'objets supplémentaires à porter à l'ordre du jour (*remarque de la rédactrice du procès-verbal*: le délai est de 5 semaines avant la séance). Les délégués ordinaires ont reçu toutes ces propositions, ainsi que l'ordre du jour adapté provisoirement, dans le cadre d'un envoi complémentaire par courriel (22 mai 2009). En début de séance, *Christoph Bosshard/ASMAC* a déposé encore une proposition en complément au point 7.6 de l'ordre du jour.

La Chambre médicale doit accepter à la majorité des ⅔ les objets venant compléter l'ordre du jour. Comme le président estime qu'aucune proposition complémentaire n'est à contester, il propose à la Chambre médicale d'accepter en bloc leur intégration dans les débats. Personne ne s'oppose à cette manière de faire et la Chambre médicale *l'accepte à la majorité des ⅔*.

Par ailleurs, trois propositions visent à modifier l'ordre du jour. Jürg Schlup/BE demande, avec la *proposition n° 1 relative au point 1.1,* que le point 17 devienne le point 8; Jean-Pierre Pavillon/VD demande, avec la *proposition n° 2 relative au point 1.1.*, que le point 17.2 devienne le point 5 et Christoph Ramstein/VEDAG demande, *avec la proposition n° 3 relative au point 1.1* que le point 18 devienne le point 8. Les auteurs de ces propositions veulent éviter que les informations importantes concernant le domaine «Tarifs et conventions» et celui de la «Formation médicale» soient données en fin de journée, lorsque les rangs des délégués se seront déjà éclaircis. Pour répondre à ces demandes, le *président* propose d'intercaler les informations des domaines entre les autres points de l'ordre du jour, en cours de séance. Les informations du domaine «Tarifs et conventions» seraient ainsi données avant le repas de midi et celles concernant la «Formation médicale» en début d'après-midi. Les proposants concernés sont d'accord avec cette procédure. L'ordre du jour *est ainsi considéré comme approuvé*.

Les propositions acceptées après coup dans l'ordre du jour sont les suivantes: *point 7.2*: prolongation de la durée de mandat au CdG, proposition de Roland Schwarz/CdG; *point 7.3:* répartition des sièges à la ChM, proposition de Hans Kurt/SSPP; *point 7.4*: attestation de formation complémentaire et obligation d'adhérer à la FMH, proposition de Fabrice Dami/ASMAC; *point 7.5*: liste des délégués à la Chambre médicale, proposition de Jean-Pierre Pavillon/VD; *point 7.6*: droit pour l'ASMAC de siéger comme hôte au Comité central de la FMH, proposition de Christoph Bosshard/ASMAC; *point 10*: directive supplémentaire de l'ASSM (Directives anticipées), proposition du Comité central.

Ouverture des portes pour les délégués à la Chambre médicale.

Le *président* donne ensuite la parole au secrétaire général pour la présentation des nouveaux collaborateurs et collaboratrices. *Daniel Herzog* indique à la Chambre médicale les personnes qui sont entrées au service du Secrétariat général de la FMH depuis la dernière Chambre médicale extraordinaire du 11 décembre 2008: Sébastian Lerch/Bureau d'expertises extrajudiciaires, entré le 1.1.2009; Lea Schläpfer/DDQ (Données, démographie, qualité), entrée le 1.2.2009; Petra Ingenpass/service tarifaire en tant que suppléante SwissDRG, entrée le 1.4.2009; Erika Fankhauser/nouvelle responsable d'équipe du Secrétariat de direction, entrée le 1.6.2009.

Rapport annuel du Comité central et de la Commission de gestion: exercice 2008

Le *président* renvoie au rapport de gestion 2008 qui a paru le 13 mai 2009 dans le n° 20 du Bulletin des médecins suisses (BMS) et a été envoyé à tous les membres de la FMH. *Roland Schwarz/président de la CdG,* met en exergue quatre points tirés du rapport annuel de la CdG, distribué à tous les délégués avec l'invitation à la séance de ce jour.

Point 1: les conditions d'engagement des membres du Comité central (CC) ont été revues. Les anciens contrats de mandat présentaient un risque élevé pour les domaines de l'AVS et de la LPP. En effet, les autorités fiscales ne peuvent plus accepter des taux d'occupation supérieurs à 30% en tant qu'occupation annexe, et maintenir le système actuel aurait contraint la FMH et certains membres du CC de procéder à des versements complémentaires. De ce fait, tous les contrats de mandat ont été modifiés en contrats d'engagement à temps partiel, sans augmentation des coûts, et de nouvelles règles ont été introduites pour les domaines de l'AVS et de la LPP.

Point 2: la CdG a constaté que lors des séances de réflexion du CC, les directives du règlement d'exécution (RE) ne sont pas toujours respectées. Or le règlement d'exécution doit être appliqué même en cas de réunions informelles d'une partie ou de l'ensemble du CC, lorsque des décisions sont prises. Celles-ci doivent être inscrites dans un procès-verbal conjointement aux réflexions principales qui les sous-tendent puis envoyées aux destinataires prévus dans le RE, destinataires dont fait partie la CdG.

Point 3: concernant les mesures de stabilisation budgétaire (décision ChM 2007), on a mis en œuvre le module 1/Plus de restitution de cotisations après l'acquisition d'un titre à compter du 1er janvier 2007, et le module 2/Restitution de cotisations lors de l'acquisition d'un titre par le biais d'une compensation avec

la cotisation dès le 1er janvier 2008. Concernant le module 3 relatif aux charges d'exploitation du CC, on a réduit les dépenses de 7% en 2008 par rapport à l'exercice précédent. Le module 4/Restructuration du Secrétariat général a été mis en œuvre dans la mesure où les deux Bureaux d'expertises extrajudiciaires ont été regroupés en un seul à Berne et où le service de traduction externalise une partie de ses mandats. La CdG considère ainsi que cette quatrième mesure a été appliquée.

Point 4: l'introduction du système de contrôle interne (SCI), auquel la FMH est soumise d'après la loi, a nécessité beaucoup de travail et une assistance externe. La CdG a contrôlé que les dispositions légales en la matière avaient été appliquées correctement. Ces prochaines années, elle devra vérifier si les mesures prises sont appropriées et justifiées au niveau financier. Le *président* soumettra au vote le rapport de gestion 2008, les comptes annuels 2008 et l'octroi de la décharge à la fin du point 4.

Comptes annuels 2008 de la FMH

Ces comptes sont présentés par *Daniel Herzog, secrétaire général,* qui rappelle tout d'abord aux délégués les différentes annexes qui leur ont été envoyées: les comptes annuels 2008 de la FMH avec le rapport de l'organe de contrôle, le bilan, le compte d'exploitation et l'annexe, les remarques concernant les comptes annuels, le rapport de la CdG, le compte d'exploitation du secrétariat de la formation prégraduée, postgraduée et continue (FPPC), les comptes annuels du fonds d'assistance de la FMH et les comptes annuels pour la promotion de la formation postgraduée des médecins suisses dans les pays en voie de développement.

Les comptes bouclent avec un gain de CHF 696 955.03 (2007: CHF 352 474.00). Le budget 2008 prévoyait une perte de CHF -250 457.00. La cotisation de base avait été à nouveau abaissée à CHF 530.00 (exercice précédent: CHF 630.00). Le gain obtenu résulte essentiellement des recettes de la FPPC. Le montant de CHF 1 577 267.00 a été versé dans le cadre de la restitution de cotisations lors/après l'acquisition d'un titre de spécialiste. Les restitutions ont ainsi atteint leur montant maximal et diminueront ces prochaines années. La somme de CHF 893 000.00, provenant de l'excédent de l'exercice, a été versée aux réserves de la FPPC et la FMH subit ainsi elle-même une perte de CHF -196 082.00. *Ch. Ramstein/VEDAG* pose deux questions au sujet des comptes annuels 2008: la première concerne les éditions EMH, lesquelles publient entre autres le Bulletin des médecins suisses (BMS), qui est l'organe officiel de la FMH. A l'instar de la majorité des revues actuelles, les éditions EMH doivent elles aussi lutter contre le recul des annonces. *Ch. Ramstein* aimerait savoir si le Comité central a pris des mesures pour sauver cette maison d'édition à long terme. Le *président* communique que le Comité central mène actuellement des discussions approfondies avec le Conseil d'administration des EMH. Une mesure déjà prise concerne la réduction de la licence payée par les EMH à la FMH. Elle a été réduite de moitié, c'est-à dire abaissée à CHF 500 000.00. De même, le nombre d'abonnements gratuits a été considérablement réduit. En revanche, le CC s'est opposé avec succès à la décision prise unilatéralement par les EMH de ne plus livrer gratuitement le BMS aux membres de la FMH vivant à l'étranger, car chaque membre y a droit! Une série d'autres mesures sont actuellement à l'étude. L'intervenant remercie le président de cette réponse. Il aimerait également savoir où les dépenses pour l'agence de relations publiques Furrer.Hugi & Partner SA sont comptabilisées; le *secrétaire général* précise qu'il s'agit du compte «Frais de publicité» et de la remarque n° 29. Avec l'agence Furrer.Hugi, la FMH a mis sur pied un observatoire professionnel des médias et un monitorage; les charges qui en ont résulté ont été amorties par la dissolution de réserves (RP et politique). *Ch. Ramstein* se dit là aussi satisfait de cette réponse.

Le *président* donne ensuite la parole à *R. Schwarz*/CdG et à *P. Geissbühler*/organe de contrôle. *Roland Schwarz/président de la CdG* indique que la CdG a participé à l'entretien avec l'organe de contrôle et a constaté que les comptes annuels étaient tenus de façon réglementaire. *Roland Schwarz* estime que le déficit (pour ce qui est de la FMH) est tout à fait supportable. Par conséquent, la CdG recommande à la Chambre médicale d'accepter les comptes annuels et de donner décharge au Comité central. *Peter Geissbühler*/organe de contrôle de la fiduciaire von Graffenried SA, recommande également d'accepter les comptes annuels en mentionnant le rapport écrit de révision joint aux documents relatifs au présent point de l'ordre du jour. La parole n'est plus demandée.

Décharge au Comité central de la FMH

Le *président* demande à Ch. Ramstein/*VEDAG* d'expliciter sa *proposition n° 2 relative au point 4*. Celui-ci avait demandé de donner décharge au Comité central pour l'exercice 2008 uniquement si les salaires étaient présentés de manière transparente dès 2009 dans le rapport de gestion (pour la première fois dans celui de 2009). Ch. Ramstein renonce désormais à faire dépendre l'octroi de la décharge de sa proposition, mais il plaide malgré tout en faveur de la transparence des salaires, car la base aimerait savoir ce qu'il advient de ses cotisations. Comme la proposition n° 2 relative au point 4 n'est plus liée à la remise de la décharge, le *président* annonce qu'il la mettra en discussion après le vote.

La parole n'étant plus demandée, le *président* soumet à Chambre médicale les propositions suivantes pour approbation:

Proposition n° 1 relative au point 2/rapport annuel du CC et de la CdG: cette proposition est acceptée à une très forte majorité, avec 1 opposition et sans abstention.

Proposition n° 1 relative au point 3/comptes annuels 2008 de la FMH: cette proposition est acceptée sans opposition et avec 2 abstentions.

Jacques de Haller, président de la FMH, ouvre la Chambre médicale.

Proposition n° 1 relative au point 4/Remise de la décharge au Comité central de la FMH. Cette proposition est également *acceptée* sans opposition et avec 2 abstentions.

Comme promis, le *président* met en discussion la *proposition n° 2 relative au point 4* de Christoph Ramstein/VEDAG. Il souligne d'emblée qu'il a toujours été très réservé face aux questions des journalistes sur les salaires au sein de la FMH, notamment parce que les déclarations à ce sujet conduisent toujours à des malentendus. Pour cette raison, il n'aimerait pas non plus publier les salaires des membres du CC, son attitude ne devant toutefois pas être comprise comme une opposition à la transparence. *Christine Romann/CC* se prononce en faveur de la publication des salaires du CC. *Pierre-Alain Schneider/GE* plaide pour la retenue face au public, mais pour une information transparente à l'Assemblée des délégués (AD). Pour *Thomas Heuberger/BE,* cette proposition est un exemple classique de postulat, un instrument dont il proposera l'intégration dans le RE au cours de la séance de ce jour. Il estime que le CC devrait tout d'abord décider où ses salaires doivent être publiés, et que la Chambre médicale ne devrait pas prendre de décision aujourd'hui. *Christoph Ramstein/VEDAG* se laisse convaincre et *retire* sa proposition en faveur de celle de Th. Heuberger. Le *président* accepte cette dernière proposition à l'attention du Comité central.

(Les informations du domaine DDQ sont alors présentées: compte rendu au point 14.)

Objectifs politiques et stratégiques / objectifs annuels de la FMH; sondage auprès des membres

Le *président* structure sa présentation en 3 parties: objectifs annuels 2008 à 2012 / sondage auprès des membres / pistes de réflexion: quelques statements pour le futur.

Objectifs annuels 2008 à 2012:

Ces objectifs ont été approuvés par la Chambre médicale extraordinaire en décembre 2008 puis publiés sur le site internet de la FMH et dans le BMS. Au cours des mois suivants, le CC a planifié leur mise en œuvre. Cette planification visait à prioriser les travaux par thème et en fonction du calendrier, et à désigner une personne – ou un domaine d'activité – responsable au sein du CC. Concrètement, le CC a élaboré des critères-clés pour chaque objectif, posé des priorités, défini les mesures à prendre, fixé un calendrier approprié dans le cadre duquel elles seront réalisées et déterminé les compétences. En été, le CC s'occupera des conséquences budgétaires de ces mesures et de leurs effets possibles sur les budgets de certains départements, soit que les tâches n'aient pas pu être prévues à l'avance ou que les priorités doivent être maintenant modifiées. Au gré de quelques exemples concrets, le *président* présente le document stratégique sous sa forme actuelle intégrant les compléments indiqués.

En parallèle, une enquête a été réalisée auprès des membres. Les résultats en seront intégrés dans les objectifs. Tout ce processus n'est pas encore terminé, raison pour laquelle il est trop tôt de proposer à nouveau des objectifs annuels aujourd'hui déjà.

Lors de la Chambre médicale 2010, on en reviendra au rythme statutaire normal: un document mis à jour sera présenté, et l'on définira les objectifs annuels.

Sondage auprès des membres:

Le *président* rappelle l'objectif 7.1 du document stratégique dont la teneur est la suivante: «La FMH connaît et tient compte des besoins et des demandes de ses membres.» De ce fait, le CC a demandé des offres pour la réalisation d'une enquête auprès des membres et confié le mandat à l'institut de sondage gfs.berne. Il souhaite la bienvenue à *Lukas Golder, de l'institut gfs.berne* et lui demande de présenter les résultats de ce sondage.

Lukas Golder se rend bien compte que les personnes présentes attendent aujourd'hui de sa part non seulement une analyse, mais aussi un diagnostic. S'il était médecin et latiniste, il poserait le diagnostic d'«Ileus magnus» sur la base des résultats du sondage, à savoir un diagnostic de blocage. En d'autres termes, on peut dire que la FMH se trouve, même si c'est encore de façon insuffisante, sur le chemin qui mène d'une or-

ganisation professionnelle à un mouvement politique. Un corps médical mécontent du monde politique donne une très grande importante à la prise d'influence à ce niveau. *Lukas Golder* informe ensuite rapidement sur le processus technique qui a régi l'enquête menée entre le 16 février et le 7 mars 2009. Elle a eu lieu sur internet, tout en étant complétée par un sondage téléphonique auprès de certains groupes. Tous les membres de la FMH ont été contactés au moins une fois et les médecins qui n'avaient pas d'adresse électronique ont reçu une lettre. Finalement, 7897 médecins ont participé à l'enquête, ce qui correspond à 23 % de tous les membres. Ce taux est exceptionnellement élevé et la participation peut donc être qualifiée de bonne. La répartition des réponses selon les cantons et le sexe s'avère également presque parfaite. Les résultats détaillés concernant chaque question en particulier ne seront pas abordés ici, mais publiés dès le 1er juin sur le site internet de la FMH et le 10 juin dans le BMS. L'institut gfs.berne a élaboré une synthèse sous forme de quatre thèses de travail pour les discussions à venir au sein de la FMH.

Thèse n° 1– Attitude face aux objectifs stratégiques et à l'orientation de la FMH.

L'évolution politique depuis l'introduction de la LAMal a fortement politisé et frustré le corps médical. Les activités politiques de la FMH ont du retard face à cette évolution et il est nécessaire d'améliorer la situation.

Thèse n° 2 – Les besoins et les intérêts de politique professionnelle.

Certes, une part importante du corps médical considère que seuls les titres FMH sont importants, et dans ce cadre, l'information et la formation ont bien leur place. Malgré tout, on constate clairement un transfert des besoins vers une intensification de la défense des intérêts propres et vers une prise d'influence politique accrue.

Thèse n° 3 – Base commune et largement acceptée de l'action menée par la FMH.

La FMH remplit ses devoirs dans les prestations classiques et avant tout concernant la formation. La direction actuelle et la communication obtiennent des notes relativement bonnes. La FMH possède une base solide pour intensifier la défense des intérêts politiques. Celle-ci fait l'objet d'une polarisation et est évaluée comme insuffisante, en moyenne. Il existe simultanément, avant tout dans le domaine eHealth, d'autres options pour développer les prestations propres à une organisation professionnelle

Thèse n° 4 – Positions face à la FMH, évaluation des prestations et attentes des membres.

En tant qu'organisation professionnelle, la FMH devrait se transformer, au moins partiellement, en un mouvement ayant pour éléments centraux une direction professionnelle des campagnes de vote et le lobbying professionnel

Quelques délégués s'informent sur d'autres évaluations plus ciblées. Le *président* confirme que les données sont à disposition et que tout groupe intéressé peut demander à l'institut gfs.berne des évaluations complémentaires. La présentation est en quelque sorte un instantané influencé par les événements actuels. Il est prévu de refaire un sondage dans trois ans environ, afin qu'on puisse voir comment les choses ont évolué. Le *président* remercie Lukas Golder de sa présentation ainsi que l'institut gfs.berne pour son travail remarquable. Il parvient ainsi à la troisième partie de ses informations.

Développer une vision pour la FMH/ pistes de réflexion pour l'avenir

Fort des quatre thèses de travail présentées par l'institut de sondage gfs.berne, le Comité central va réfléchir sur l'avenir du système de santé suisse, prendre position et définir le rôle de la FMH de façon à présenter à la Chambre médicale de l'année prochaine un papier stratégique mis à jour. Dans cette perspective, il a organisé en février une enquête auprès de professionnels de la politique de santé auxquels il a posé cinq questions. Des 37 personnes contactées, 22 ont répondu et les résultats seront publiés dans un BMS qui paraîtra cet été. Il a également tenu une séance de réflexion avec un petit groupe de travail pour développer les affirmations suivantes:

Déclaration 1: «La profession médicale doit disposer d'une identité moderne et unique.»

Déclaration 2: «L'image du médecin doit conserver son intégrité et sa crédibilité.»

Déclaration 3: «Il faut tenir compte des perspectives des patients.»

Déclaration 4: «Notre Etat social doit être maintenu.»

Déclaration 5: «L'avis du corps médical doit être écouté en politique.»

Déclaration 6: «En manque de leadership?»

Le *président* invite ensuite *Michel Matter/GE*, à expliquer sa *proposition n° 2 relative au point 5*. Celui-ci constate que l'engagement de la FMH en faveur des intérêts professionnels et économiques de ses membres n'a été formulé que comme objectif n° 7 dans le document stratégique de décembre dernier. La FMH est toutefois le syndicat des médecins et doit assumer entièrement ce rôle. De ce fait, il demande la suppression des objectifs 7.1, 7.2 et 7.3 et l'introduction d'un nouvel objectif 1.1, formulé de la manière suivante: «La FMH défend en premier lieu les intérêts professionnels et économiques de ses membres.»

Christine Romann/ZV trouve dommage de remplacer les objectifs susmentionnés. *Christoph Bosshard/ ASMAC* estime peu judicieux de mettre cet objectif à la première place. Le *président*, qui estime sur le principe qu'on peut accepter la proposition faite, précise qu'il ne s'agit pas de réécrire entièrement le document stratégique. Néanmoins, il constate que l'AMG a présenté une proposition qui est prioritaire pour elle. La politique de la FMH ressemble à un chemin de crête entre politique professionnelle et politique de santé, chemin parfois acrobatique. *Pierre-Alain Schneider/GE* confirme ce que vient de dire le président en précisant que les

sensibilités sont différentes entre les Romands et les Alémaniques. *Max Giger/CC* en doute car il aurait attendu un tel constat dans le cadre du sondage auprès des membres. A son avis, il conviendrait de vérifier une telle assertion.

Le *président* propose *d'accepter la proposition de M. Matter/GE* n° *2 relative au point 5* à l'attention du Comité central au sens d'une suggestion, mais de ne pas faire voter la *Chambre médicale à ce sujet. M. Matter est d'accord* avec cette procédure.

Le *président* donne la parole à *Peter Wiedersheim/VEDAG* pour expliquer sa *proposition n° 3 relative au point 5*. Le proposant tire d'emblée un bilan des 18 derniers mois, depuis que le nouveau modèle de direction a été adopté par la Chambre médicale le 6 décembre 2007. Lors de la Chambre médicale de mai 2007, le concept de projet avait été approuvé avec les objectifs suivants: «Avoir une FMH plus forte, une direction plus efficace, une reconnaissance politique plus élevée et, de manière générale, une influence accrue de la FMH dans la politique de sorte à devenir un acteur incontournable de la santé (efficacité accrue!)». Dans son bilan, *P. Wiedersheim* dit qu'aujourd'hui on parle davantage de stratégie mais que le CC reste avant tout un organe opérationnel. On a certes une présidence composée d'un président et de deux vice-présidents, mais elle intervient trop peu comme telle: le président fait trop de déclarations sans consulter les deux vice-présidents. Les activités médiatiques sont plus nombreuses qu'autrefois mais sur le mode réactif, à l'instar du style de direction. La structure des domaines d'activité selon le modèle de direction ne concorde pas totalement avec la structure indiquée sur le site internet de la FMH. Il en résulte que la structure postulée pour les organisations constitutives de la FMH, destinée à refléter l'image de celle-ci, ne peut pas être développée par lesdites organisations. Comme exemple, il demande aux délégués quelles informations ils ont reçues ces derniers mois de la part du domaine «Médecins indépendants». Les profils d'exigence des membres du CC font encore défaut et les dernières élections ont eu lieu sans ces profils, qui n'ont toujours pas été adoptés ou qui manquent pour la plupart des domaines. Finalement, les pour cent de postes du Comité central n'ont pas été réduit à 420, mais sont supérieurs à 500 selon le rapport de la CdG.

Opinions clairement exprimées.

Pour cette raison, *P. Wiedersheim* soumet la *proposition suivante à la Chambre médicale: «Combler les lacunes concernant la mise en œuvre et l'application du nouveau modèle de direction dans le délai d'une année et informer au fur et à mesure l'Assemblée des délégués en sa qualité d'organe de contrôle.»*

Le président constate que le CC ne prend connaissance de ce bilan que maintenant et que personne n'a cherché à entrer en contact avec celui-ci à ce sujet. Certains éléments du modèle de direction sont en cours d'élaboration au CC, d'autres ne sont pas réalistes et ne pourront pas être mis en œuvre. Le projet Modèle de direction a été terminé avant les élections de l'année dernière, et la majorité des sièges du Comité central a ensuite été occupée par de nouveaux membres. Il plaide pour qu'on laisse le CC faire son travail, qu'on lui donne la possibilité de s'organiser de manière efficace, enfin qu'on ne l'enserre pas dans un corset trop étroit au niveau structurel, mais qu'on lui laisse une certaine marge de manœuvre.

Christoph Ramstein/VEDAG regrette aussi, par exemple, que la responsable de domaine ait parlé énormément de la prévention dans le rapport de gestion mais qu'elle n'ait pas dit un seul mot sur les «médecins indépendants». Outre les médecins de premier recours psychiatrique, il y a aussi ceux qui exercent dans le domaine somatique et qui sont descendus dans la rue pour attirer l'attention sur leur situation difficile. Dans ce contexte, on a regretté l'absence de la responsable du domaine. En outre, de nombreuses sociétés cantonales de médecine ont appliqué les modèles de direction au niveau de leur comité. Mais il manque maintenant la correspondance avec le Comité central. *Christine Romann*, qui est directement prise à partie, indique que ce modèle de direction reste un problème non résolu pour elle. Elle se voit en première ligne compétente pour le domaine Promotion de la santé et prévention et serait contente si la Chambre médicale pouvait décider que le Comité central ne doive pas appliquer ce modèle tel quel. D'ailleurs, elle a très volontiers soutenu les médecins de premier recours lors leur manifestation à Zurich, elle y était présente, mais elle n'a effectivement pas fait de déclaration en tant que responsable de domaine. Elle aurait encore une question concernant le taux de 40% prévu en réalité pour son poste. En effet, personne ne lui a dit de ne pas faire son travail. C'est là l'une des contradictions du document.

P. Wiedersheim constate que bien sûr, personne n'exige que l'on travaille gratuitement. Le changement principal à opérer au CC est d'effectuer plus d'activités stratégiques et moins de travaux opérationnels. Le CC

doit fournir les idées et ne pas se laisser envahir par des tâches opérationnelles. Il est volontiers prêt, si l'on le lui demande, à offrir son aide au Comité central pour ce processus de changement. *Daniel Herren/CC* se voit, en tant que nouveau membre du CC, également un peu perdu face à ces exigences. Il serait content que le proposant donne corps à l'insatisfaction qui ressort de sa présentation et indique ses exigences concrètes, ainsi que des idées sur la façon de les mettre en œuvre.

Par la suite, quelques délégués relèvent que les déclarations de P. Wiedersheim, même s'il entendait transmettre une critique constructive, ont été ressenties comme des attaques personnelles ou comme l'expression d'un manque de confiance envers le CC.

Urs Stoffel/ZH demande de ne pas tirer maintenant sur le messager. Il regrette que le Comité central n'ait jamais parlé des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des modèles de direction.

H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint attire l'attention sur le fait que la formulation utilisée dans la proposition présentée maintenant par P. Wiedersheim, ne correspond pas entièrement à la teneur de la proposition écrite n° 3 relative au point 5. A la demande du président, *P. Wiedersheim* confirme que la teneur définitive de sa proposition est celle projetée aujourd'hui à l'écran, car elle est moins stricte et permet une certaine variabilité, eu égard justement aux réactions émises aujourd'hui par le CC. Pour lui, il va de soi qu'une certaine souplesse est nécessaire pour entreprendre ces adaptations et pour modifier ce qui peut l'être, mais aussi pour retirer ce qui s'avère erroné. L'AD serait l'endroit approprié pour le faire, car elle avait institué, sur mandat de la Chambre médicale, un groupe de travail chargé de mettre au point ces modèles de direction.

Comme la parole n'est plus demandée, le *président* propose, au nom du Comité central, d'accepter cette proposition sous forme de suggestion et d'appel en vue d'avancer dans la concrétisation des modèles de direction. Le CC invitera P. Wiedersheim/VEDAG à une séance pour discuter concrètement de ce qui ne joue pas à ses yeux. Il informera aussi régulièrement l'Assemblée des délégués sur le processus en cours.

P. Wiedersheim/VEDAG répond au président qu'il *est d'accord* avec cette procédure.

Avant de clore ce point de l'ordre du jour, le *président* invite la Chambre médicale à se prononcer, pour la bonne forme, sur la *proposition du CC n° 1 relative au point 5*. Cette proposition contient l'information (qui vient d'être donnée) sur les étapes de la mise en œuvre des objectifs politiques et stratégiques approuvés en décembre 2008, sur l'enquête auprès des membres et sur la prochaine présentation des objectifs annuels à la Chambre médicale ordinaire 2010.

La Chambre médicale *approuve* cette *proposition* à l'unanimité, sans opposition et avec 18 abstentions.

(Les informations du domaine «Tarifs et conventions» sont alors présentées, cf. point 17.)

Le *président* interrompt la séance à 13h08 pour une brève pause de midi.

La séance reprend à 13h54.

Budget 2010

Le *président* donne la parole au secrétaire général pour la présentation du budget 2010.

Daniel Herzog mentionne tout d'abord les documents envoyés aux délégués: Budget 2010 (résumé et comparaison avec l'exercice précédent), budget détaillé de la FMH et des départements, remarques concernant le budget, budget de la FPPC, puis il présente de manière détaillée les points les plus importants. Le budget présente un petit déficit de CHF -272 000.00 (budget de l'exercice précédent: CHF -359 000.00). Une partie de ce déficit, soit CHF -138 000.00, est attribuée aux réserves de la FPPC, de sorte que le déficit restant à la charge de la FMH est de CHF -134 000.00. Comme il faut compter avec des tâches comparables à celles de l'exercice en cours, les cotisations restent inchangées par rapport à 2009. Les contributions spéciales diminuent de CHF 29.00 (la contribution spéciale de CHF 25.00 pour la CPS disparaît et celle pour la NAKO diminue de CHF 4.00 pour 2010).

Fixation de la cotisation de base 2010 et des contributions spéciales éventuelles

Personne ne demandant la parole, le *secrétaire général* présente les cotisations de base fixées dans le budget 2010 pour les différentes catégories de membres. *(cf. tableau 1)*

Le *président* invite les délégués à voter sur la proposition du Comité central n° 1 relative au point 6.

La Chambre médicale *approuve* le budget 2010 et les cotisations par 146 voix, sans opposition et avec 1 abstention.

Contribution spéciale NAKO (NewIndex)

E. Gähler/CC souligne la valeur inestimable des chiffres de la NAKO pour la FMH, la CCM et un grande partie des sociétés de discipline médicale dans le cadre des négociations tarifaires, du monitoring (p. ex. liste des analyses) et de la validation des chiffres de santésuisse. La NAKO prépare les chiffres demandés sur mandat. E. Gähler invite la Chambre médicale à approuver cette importante contribution spéciale. Comme les délégués ne demandent pas la parole, *le président* soumet au vote la *proposition du Comité central n°2 relative au point 6*.

La *contribution spéciale NAKO de CHF 36.00*, perçue exclusivement auprès des membres des *catégories de cotisation 1 et 2*, est acceptée par 138 voix, 1 opposition et 9 abstentions.

(Les informations du domaine de la formation médicale sont alors présentées: cf. point n° 18.)

Propositions relatives aux organes et aux affiliations

Confirmations pour l'Assemblée des délégués de la FMH

Le *président* présente la liste des délégués et des délégués suppléants à confirmer pour l'Assemblée des délégués de la FMH (proposition n° 1a relative au point 7.1.). Cette liste a été quelque peu complétée par rap-

Tableau 1
Cotisations 2010

Catégorie de cotisation	Désignation	Montant en CHF
1	Médecins en pratique privée	660.00
2	Médecins salariés exerçant une fonction dirigeante	660.00
3	Médecins salariés exerçant une fonction non dirigeante	330.00
4	Médecins en formation postgraduée en vue de l'obtention d'un titre fédéral de spécialiste	330.00
5	Médecins domiciliés et exerçant à l'étranger	165.00
6	Membres temporairement sans activité médicale	165.00

port à la proposition n° 1 relative au point 7.1 envoyée avec l'invitation.

Th. Heuberger/BE n'a rien à objecter contre les délégués ordinaires proposés, ils peuvent être confirmés en bloc. En sa qualité de président de séance de l'Assemblée des délégués, il se demande si la Chambre médicale n'a pas des réserves à émettre concernant Christiane Roth/SSGO, proposée comme déléguée suppléante par la fmCh, vu qu'elle siège au conseil d'administration de l'Helsana. *M. Trutmann/secrétaire général de la fmCh* confirme que cette dernière a nommé à l'unanimité Ch. Roth comme déléguée suppléante en étant parfaitement consciente des conflits d'intérêts que cette nomination pourrait entraîner et en tenant beaucoup à ce que Ch. Roth reprenne cette fonction. De son côté, *Ch. Roth* explique qu'elle est effectivement membre du conseil d'administration de l'Helsana mais qu'elle se tient à l'écart des débats en cas de conflits d'intérêts potentiels. Elle est également habituée à respecter la confidentialité des informations et s'y est toujours tenue jusqu'à présent. *Th. Heuberger/BE* souhaite que la confirmation de Ch. Roth ait lieu lors d'un vote séparé. Le *président* propose de confirmer la liste des délégués ordinaires à l'AD en bloc et de voter au bulletin secret sur le mandat de déléguée suppléante de Ch. Roth. *Jürg Nadig/Oncologie médicale/SFSM* souhaiterait que les conflits d'intérêts des délégués/délégués suppléants nommés soient présentés avant le vote. Il s'ensuit une discussion animée et considérée comme indigne par certains délégués. *M. Reber/LU* constate entre autres que des représentants des caisses-maladie ne siègent pas seulement au Conseil des Etats mais aussi à l'Assemblée des délégués de la FMH. Le *président* réfute ces allégations avec force et souligne que grâce à son expérience et aux traits de caractère dont elle a fait preuve pendant des années dans le cadre de son activité au Secrétariat général de la FMH, Ch. Roth est tout à fait capable de défendre les intérêts du corps médical dans un organe au sein duquel ils ne seraient sinon pas entendus. *M. Trutmann/fmCh* précise que les conflits d'intérêts n'existent pas seulement par rapport aux caisses-maladie, mais parfois aussi en lien avec les gouvernements cantonaux, l'industrie ou les hôpitaux. Si le conflit d'intérêts concernant Ch. Roth est maintenant considéré comme problématique, alors il faut également considérer tous les conflits d'intérêts potentiels comme tels. La fmCh examinera attentivement les conflits d'intérêts de tous les délégués à l'AD. *M. Vischer/ORL* trouve cette discussion étrange et exprime sa pleine confiance à Ch. Roth. Celle-ci renonçant à fournir d'autres explications, le *président* informe encore une fois sur la suite de la procédure: pendant que la Chambre médicale se prononce sur la liste des délégués ordinaires proposés pour l'AD, le secrétariat distribuera un bulletin de vote aux délégués disposant du droit de vote et d'élection. Cela pourrait prendre un certain temps, car un vote au bulletin secret n'avait pas été prévu pour la séance de ce jour.

La Chambre médicale *confirme* à une forte majorité et avec une abstention les délégués AD ordinaires suivants:

Christian Seiler, Berne/SFSM, Peter Leuenberger, Genève/fmCh, Marc-Alain Panchard, Vevey/CMPR, Kurt Schreier, Gersau/VEDAG.

Une fois les bulletins de vote distribués, le secrétaire général explique la procédure: les délégués qui souhaitent élire Ch. Roth/SSGO comme déléguée suppléante à l'Assemblée des délégués écrivent son nom sur le bulletin. Ceux qui ne le souhaitent pas font un trait sur le bulletin. Les scrutateurs collecteront les bulletins au moyen des urnes, et en feront le décompte au bureau électoral.

Le résultat annoncé n'est tout d'abord pas correct car le responsable du bureau électoral ne se trouvait plus dans la salle lorsque le secrétaire général a expliqué le mode d'élection. De ce fait, les bulletins vides ou marqués d'un trait ont été comptés comme non valables. Le Bureau électoral procède alors à un nouveau décompte des bulletins.

Le *secrétaire général* communique les résultats:

Bulletins entrés: 150, valables: 150, quorum; 76 voix. *Christiane Roth*, proposée comme déléguée suppléante par la fmCh, obtient 46 voix et n'est ainsi *pas élue*.

La fmCh devra soumettre une nouvelle proposition à la Chambre médicale.

Prolongation d'un mandat à la CdG

Roland Schwarz/président de la CdG explique brièvement la proposition de la CdG *n° 1 relative au point 7.2*. Philippe Rheiner, élu lors des élections générales des

organes de la FMH à la Chambre médicale ordinaire 2008 en tant que nouveau membre de la Commission de gestion, a atteint la limite d'âge statutaire prévue pour les membres des organes et des commissions. La CdG et la SMSR, qui l'ont nommé, ne se sont pas rendu compte que leur candidat avait déjà 67 ans au moment de son élection. Conformément aux statuts, l'organe électeur compétent peut repousser la limite d'âge dans ces cas exceptionnels. Le *président de la CdG* souhaite donc que Philippe Rheiner, entré en fonction il y a un an, puisse rester en place durant l'actuelle période administrative qui prendra fin en 2012. *Christoph Bosshard/ASMAC* indique que cette proposition a contrarié l'ASMAC, car il s'agit à nouveau d'aller au-delà des règles du jeu fixées dans les statuts et les règlements. Certes, il peut arriver qu'on oublie de tenir compte de l'âge d'un candidat au moment de son élection. Mais l'ASMAC demande soit que l'on change les statuts ou les règlements, ou alors que l'on se conforme à leur contenu. *Philippe Rheiner/CdG* se rappelle avoir mentionné son âge avant son élection, mais que personne ne l'avait apparemment retenu. Personne ne demandant plus la parole, le *président* invite les délégués à se prononcer sur cette proposition.

La Chambre médicale *approuve la proposition n° 1 relative au point 7.2* avec une opposition et 11 abstentions. Philippe Rheiner peut ainsi rester membre de la CdG jusqu'aux élections générales de 2012.

Répartition des sièges à la Chambre médicale

Le *président* donne la parole à *Hans Kurt/SSPP, FMPP* afin de présenter sa *proposition n° 1 relative au point 7.3*. Conformément aux statuts, la répartition des sièges à la Chambre médicale est effectuée tous les quatre ans et a eu lieu pour la dernière fois au début 2008 *(remarque de la rédactrice du procès-verbal: cf. art. 26 et 27 des statuts de la FMH et art. 6 et 8, al. 1 RE*). En décembre dernier, deux nouvelles sociétés de discipline médicale ont été reconnues par la Chambre médicale, ce qui a provoqué la perte d'un siège pour la SSPP. Le proposant estime que cette situation est insatisfaisante aussi bien au niveau statutaire que par rapport à une juste répartition des sièges. Il demande donc au Comité central d'examiner comment on pourrait résoudre ce problème. Sa proposition est la suivante: les sociétés nouvellement admises doivent attendre la fin d'une période administrative de quatre ans avant de pouvoir envoyer des délégués à la Chambre médicale, ou alors la Chambre médicale procède à la répartition des sièges à la fin de chaque année en conformité avec le nombre effectif des délégués des sociétés de discipline et des sociétés cantonales.

Le *président* déclare qu'au nom du Comité central, il accepte cette proposition et que la situation sera examinée avec le service juridique en vue d'élaborer une proposition. *H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint et responsable du service juridique* précise que la «solution annuelle» proposée, outre le «travail» qu'elle entraîne, présente une autre difficulté: l'idée de base était d'élire les délégués à la Chambre médicale pour quatre ans. Il arriverait alors que des délégués, bien qu'élus, perdent tout à coup leur siège. *Christoph Bosshard/ASMAC* attire l'attention sur le fait que de nombreux médecins sont membres de plusieurs organisations à la fois, ce qui n'est toutefois pas le cas de la majeure partie des membres de l'ASMAC. C'est pourquoi il souhaiterait que l'on se réfère, pour la répartition des sièges, uniquement aux organisations de base et à leurs membres, car sinon, les personnes qui sont membres d'une organisation de base et encore d'autres sociétés sont surreprésentées. *Jacques de Haller* intégrera cette demande dans les réflexions qui seront menées à ce sujet.

Comme la parole n'est plus demandée, le *président* confirme encore une fois à l'auteur de la proposition que le Comité central l'accepte et qu'il élaborera une proposition de solution. *Hans Kurt* est d'accord avec cette manière de faire.

Attestation de formation complémentaire et obligation de s'affilier à la FMH

Selon la Réglementation pour la formation postgraduée actuellement en vigueur, il est obligatoire d'être membre de la FMH pour obtenir une attestation de formation complémentaire. La *proposition n° 1 relative au point 7.4* visait à remettre cela en question. *François Dami/ASMAC* explique que sa proposition est encore susceptible d'amélioration, raison pour laquelle l'ASMAC a décidé de la *retirer*. Quiconque – organisation ou individu – souhaite participer à ces réflexions sera le bienvenu et peut s'adresser à lui.

Liste des délégués à la Chambre médicale

Jean-Pierre Pavillon/VD, auteur de la proposition dont il est question sous ce point, explique qu'il y a quelques mois, le Secrétariat général a refusé de lui communiquer la liste des noms des délégués actuels à la Chambre médicale, pour des raisons de confidentialité. Il ne connaît aucun pays démocratique considérant que la composition de son organe législatif est un secret d'Etat. Pour cette raison, il demande, avec la *proposition n° 1 relative au point 7.5,* que la liste actualisée des délégués (avec adresse postale, n° de tél., n° de fax et adresse électronique) soit remise aux organisations représentées à la Chambre médicale qui en font la demande. *R. Oppliger/SSAI* soutient cette proposition dans l'esprit d'une démocratie accrue. La FMH en a terriblement besoin, comme l'a clairement montré, entre autres, la procédure de consultation relative aux médecines complémentaires. Il n'est pas acceptable de sacrifier un processus démocratique sur l'autel d'une opportunité politique. La SSAI espère que la Commission de gestion fera la lumière concernant les responsabilités à cet égard, car c'est la crédibilité de toute la FMH qui est en jeu ici. Au nom de l'ASMAC, *Ch. Bosshard* déclare soutenir cette proposition dans l'optique d'une mise à disposition des adresses électroniques des organisations représentées à la Chambre médicale. L'ASMAC rejette toutefois catégoriquement la publication officielle d'une liste contenant les adresses complètes avec téléphone, fax, etc. *H.-U. Würsten/AMDHS*

soutient cette intervention en ce qui concerne les adresses électroniques; aller plus loin serait ne plus respecter la sphère privée des personnes concernées. *Jean-Pierre Pavillon* se rallie à ces déclarations et confirme que seuls les noms et les adresses électroniques professionnelles devraient être communiqués. *H.-P. Kuhn* précise, pour consignation au procès-verbal, que la proposition a été modifiée en ce sens qu'il n'est désormais question que de l'adresse électronique (donc pas d'adresse postale, n° de tél. ni n° de fax). *J.-P. Pavillon* le confirme. *Marcel Stampfli/BE* exprime également des doutes en ce qui concerne la publication des adresses. D'un autre côté, il lui semble important que les sociétés de discipline puissent communiquer avec tous les délégués à la Chambre médicale. Il propose donc que les organisations faîtières des organisations représentées à la ChM puissent envoyer des communications électroniques aux délégués par l'intermédiaire du Secrétariat général de la FMH. *Ch.-A. Favrod-Coune* rappelle la règle sur la protection des données valable en Suisse, selon laquelle les destinataires de telles communications n'ont pas le droit d'utiliser les adresses électroniques à d'autres fins. Le *président* précise qu'en insérant les adresses électroniques des destinataires sous forme de copie invisible («Cci»), on peut déjà limiter les risques d'un emploi abusif. Plus personne ne demandant la parole, le *président* soumet les deux propositions au vote.

La Chambre médicale approuve tout d'abord la *proposition de Marcel Stampfli/BE* à une large majorité.

Puis elle accepte la *proposition modifiée n° 1 relative au point 7.5* concernant la publication des noms, prénoms et adresses électroniques à une large majorité, avec 9 oppositions et 12 abstentions.

Possibilité pour l'ASMAC de siéger en tant qu'invité au Comité central de la FMH

Ch. Bosshard/ASMAC explique la proposition qu'il a déposée en début de séance. Lors des dernières élections générales, il n'a pas été possible à l'ASMAC de présenter un ou une candidat-e pour le Comité central. Elle dispose maintenant de quelqu'un qui s'intéresse à cette fonction. Pour cette raison, l'ASMAC demande à ce que son candidat obtienne le droit de siéger au CC en qualité d'invité dès à présent et jusqu'aux prochaines élections générales en 2012. La rapidité des événements politiques impose de raccourcir les voies de communication entre les organes opérationnels de l'ASMAC et la FMH. Le *président* remarque qu'il est important pour la FMH que son organe de direction suprême soit aussi représentatif que possible et il constate que le Comité central peut inviter des hôtes à ses séances. *Ch. Bosshard/ASMAC* précise, sur demande, que le candidat intéressé est Gerd Prinzen, président de la section ASMAC de Suisse centrale. *Brigitte Muff/ZH* demande si le délégué de l'ASMAC renonce à une indemnisation. Le *président*, qui a aussi posé cette question, confirme que l'ASMAC prendra en charge les indemnités jusqu'à ce que le délégué de l'ASMAC soit élu régulièrement.

La parole n'étant plus demandée, le *président* invite la Chambre médicale à donner son avis concernant la proposition de l'ASMAC, car il est important pour le CC de connaître l'opinion de la ChM.

La Chambre médicale se prononce à une large majorité en faveur de la *proposition* de l'ASMAC, avec 12 oppositions et 15 abstentions.

Le *président* indique que le Comité central s'entretiendra avec l'ASMAC sur les modalités d'application.

Révision des statuts (délais pour les circulaires de l'AD)

H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint communique que l'Assemblée des délégués souhaite que l'on réduise les délais fixés pour le dépôt de points à l'ordre du jour et l'envoi de la convocation de l'AD. Pour des raisons pratiques, l'invitation devrait être envoyée désormais *au moins 1 semaine avant la séance de l'AD* (art. 38, al. 2) et *le président de séance de l'AD,* les *membres du CC et les délégués à l'AD peuvent présenter par écrit, jusqu'à* [nouveau] *14 jours au plus tard avant la séance, des propositions demandant que l'AD traite une affaire de sa compétence* (art. 38a droit de proposition).

Ch.-A. Favrod-Coune souhaite une précision concernant l'art. 38a. Le texte français contient la formulation suivante: «*… peuvent présenter des propositions demandant que l'AD traite une affaire de sa compétence*». Cette formulation pourrait laisser entendre que l'AD peut refuser une proposition. Il aimerait que l'on note dans le procès-verbal que l'AD est contrainte d'accepter une proposition visant au traitement d'une affaire. *H.-P. Kuhn* garantit à l'intervenant que c'est bien ainsi qu'on l'entend et que l'AD a toujours agi de cette façon jusqu'à présent. Il demande que le procès-verbal contienne cette précision.

La *proposition n° 1 relative au point 8* est *approuvée à l'unanimité* par 138 voix, sans opposition ni abstention.

Révision du Règlement d'exécution (introduction du postulat)

Th. Heuberger/BE explique sa *proposition n° 1 relative au point 9*. Il arrive régulièrement que la Chambre médicale formule une idée et indique la direction dans laquelle cette idée pourrait aller, ce qui est un exemple classique de postulat. Actuellement, la ChM n'a que l'alternative d'approuver une proposition ou de la rejeter. La proposition qui lui est soumise prévoit de compléter les articles 11 et 19 du Règlement d'exécution (RE) comme suit: art. 11 Déroulement des délibérations de la ChM [art. 35 des statuts de la FMH], *[nouveau] «5bis: Les délégués, les membres du CC et le secrétaire général ont également le droit de déposer des postulats. Un postulat charge le CC d'examiner l'opportunité, soit de présenter un projet visant à introduire une réglementation uniforme au sein de la FMH, soit de prendre une mesure et de présenter un rapport à ce sujet.»*

Art. 19 Délibérations [AD], *[nouveau] «2bis Les délégués, les membres du CC et le secrétaire général ont le droit de faire des propositions quant aux objets de l'ordre du jour*

soumis à la discussion. Ils peuvent en outre déposer des postulats (art. 11, al. 5bis RE)».

Personne ne demandant la parole, le président soumet la proposition au vote.

La Chambre médicale approuve la *proposition n° 1 relative au point 9* à l'unanimité par 141 voix, sans opposition ni abstention.

Intégration de directives de l'ASSM dans le code de déontologie de la FMH

La Chambre médicale est invitée à intégrer les directives suivantes de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) dans le code de déontologie de la FMH: «Décisions de réanimation», «Utilisation de cadavres et de parties de cadavres dans la recherche médicale», «Don d'organes solides par des personnes vivantes», «Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap». La *proposition n° 1 relative au point 10* a été complétée après l'envoi de l'invitation à la Chambre médicale par la directive «Rédaction de directives anticipées et application dans la pratique médicale quotidienne» *(nouvelle proposition n° 1a relative au point 10)*. Le texte a été transmis aux délégués lors de l'envoi complémentaire.

Une autre *proposition, n° 2 relative au point 10,* a été déposée par *Pierre-Alain Schneider/GE*. Le *président* invite celui-ci à la motiver. Le proposant estime que le code de déontologie doit rester un texte simple, pratique et connu de tous les médecins. Or, la multiplication des directives mentionnées à l'art. 18 rend le Code de déontologie toujours plus pesant et complexe. Il convient donc de reprendre les principes fondamentaux des directives dans les articles du Code en donnant aux directives annexes un rôle explicatif. P.-A. Schneider renonce à un vote mais demande au Comité central d'examiner sa proposition. Le *président* accepte celle-ci à l'attention du Comité central.

Lukas Wagner/BL demande d'organiser un vote séparé pour l'intégration de la directive concernant la rédaction de directives anticipées.

Le *président* accepte cette proposition et demande à la Chambre médicale de voter sur les quatre premières directives de l'ASSM figurant dans la *proposition n° 1a du CC relative au point 10* («Décisions de réanimation», «Utilisation de cadavres et de parties de cadavres dans la recherche médicale», «Don d'organes solides par des personnes vivantes» et «Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap»).

La Chambre médicale *approuve* l'intégration de ces quatre directives de l'ASSM dans le code de déontologie de la FMH à une large majorité, avec 1 opposition et 12 abstentions.

Le *président* donne ensuite la parole à *L. Wagner/BL*. Celui-ci estime qu'il ne faut pas intégrer, aujourd'hui déjà, la directive de l'ASSM concernant la rédaction de directives anticipées dans le Code de déontologie, mais organiser au préalable un débat d'opinion ciblé et enquêter auprès des commissions cantonales d'éthique. *Christian Kind/SSP* rappelle que ces directives ont fait l'objet d'une consultation de janvier à fin mars et que plus de 80 prises de position, dont certaines très détaillées, provenant aussi de commissions d'éthique, ont été envoyées. *H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint et responsable du service juridique* estime qu'il est judicieux de réfléchir tranquillement sur le report ou le non-report de cette décision. Le texte définitif de la directive, qui reprend certaines demandes de la FMH allant dans le sens de la proposition de L. Wagner, est disponible seulement depuis quelques jours. L'intégration immédiate de cette directive offrirait un avantage politique important: la loi sur la protection des adultes stipule que les directives anticipées sont en principe valables. Pour *H.-P. Kuhn,* c'est un point important: le document de l'ASSM est un bon argument pour affirmer que toute directive anticipée, qu'elle que soit la façon dont elle a vu le jour et a été rédigée, ne peut pas forcément revêtir une valeur juridique contraignante. Il s'agit en l'occurrence d'une réaction critique saine face à la loi. Il trouve donc qu'il serait politiquement souhaitable que la FMH fasse maintenant déjà contrepoids aux idées quelque peu naïves du législateur. Compte tenu de l'inflation en matière de directives anticipées, *Hans Ulrich Iselin/AG* recommande à la FMH de mener une réflexion sur la forme à leur donner. *H.-P. Kuhn* souligne que c'est justement là le but im-

Le Comité central de la FMH donne les explications nécessaires. De gauche à droite: Daniel Herren, Christine Romann, Pierre-François Cuénoud, Ernst Gähler, Jacques de Haller, Daniel Herzog (secrétaire général), Marie-Christine Peter-Gattlen, Monique Gauthey, Max Giger (absent: Ignazio Cassis).

plicite de la directive dont il est question. Si la FMH devait élaborer un classement des différentes formes de directives anticipées, cela lui coûterait beaucoup d'argent et ne serait pas très judicieux du point de vue politique.

Après un débat nourri, le *président* invite la Chambre médicale à voter sur la *proposition de L. Wagner/BL visant le report de l'intégration de la direction de l'ASSM concernant les directives anticipées de patients*.

La Chambre médicale *accepte* cette proposition à une claire *majorité*.

Modification du Règlement de la Commission de gestion / Approbation d'un règlement d'indemnisation pour la CdG

Le *président* donne la parole à *Roland Schwarz/président de la CdG* pour expliquer sa proposition. Sur la base des expériences faites dans la pratique, la CdG demande d'adapter certains articles de son règlement: l'art. 1.3, al. 1/Statut au sein de la FMH est à compléter comme suit: La CdG doit faire rapport et *répondre de ses actes exclusivement* devant la Chambre médicale. Le complément suivant doit être apporté à l'art. 4.7/Appel à des tiers: *«La CdG décide si elle fait également appel à des tiers pour la soutenir dans ses travaux administratifs ou si elle recourt aux services du Secrétariat général.»* L'art. 5.7, al. 2/Procédure pour les cas extraordinaire est à compléter par un 2e alinéa: *«S'il faut faire appel à des tiers pour éclaircir des faits et qu'il est prévisible que le budget de la CdG sera dépassé, la CdG décide, en fonction de l'importance de la chose et des conséquences possibles pour la FMH, si ces dépenses supplémentaires sont impératives. La décision de la CdG doit être ratifiée par la Chambre médicale en tant que crédit additionnel dans le cadre de l'approbation des comptes annuels.»* L'art. 5.8/Soutien du Secrétariat général est à compléter par la mention *«ou de tiers»*. L'art. 8/Indemnisation/ Ressources financières doit être pourvu d'un nouvel alinéa 1: *«A la demande de la CdG, la ChM édicte un Règlement d'indemnisation de la CdG.»* et l'al. 2 est à compléter comme suit: *«… La Chambre médicale se prononce sur les demandes budgétaires de la CdG en prenant une décision séparée. Il en va de même pour l'approbation des dépenses effectives de la CdG lors de l'approbation des comptes annuels de la FMH. L'art 5.7, al. 2, ci-avant demeure réservé.»*

En outre, la CdG demande à la Chambre médicale d'approuver son Règlement d'indemnisation. Les indemnités prévues par le règlement actuel, adopté le 24 avril 2008, sont à modifier: il ne s'agira plus d'indemniser la participation aux séances au moyen d'un forfait mais d'après le temps de présence au moyen d'un tarif de CHF 170.00 l'heure, le temps consacré à se rendre aux séances et à en revenir étant désormais indemnisé à la moitié de ce taux horaire.

Vincenzo Liguori/TI estime correcte l'indemnisation des séances d'après leur durée et le tarif proposé, mais il trouve inacceptable que le temps consacré aux déplacements soit également pris en compte pour moitié. On créerait un précédent pour d'autres commissions.

La parole n'étant plus demandée, le *président* soumet au vote *la proposition n° 1 relative au point 11*.

La Chambre médicale *approuve* les *modifications proposées dans le Règlement de la CdG* à une large majorité, avec 5 oppositions et 11 abstentions.

Puis la Chambre médicale approuve *le Règlement d'indemnisation modifié de la* CdG par 66 voix, 42 oppositions et 19 abstentions.

HIN: vente d'une partie des actions détenues par la FMH

Le *secrétaire général* explique les raisons pour lesquelles le Comité central demande à la Chambre médicale de vendre 405 actions de la société HIN SA à des personnes intéressées proches des sociétés cantonales de médecine et des sociétés de discipline médicale, éventuellement en partie aussi aux actionnaires minoritaires actuels (Caisse des médecins, OFAC, Zur Rose SA, BlueCare SA).La société Health Info Net SA/HIN a été fondée en 1996 à l'initiative de la FMH, qui est actuellement l'actionnaire majoritaire à hauteur de 50,5 %. L'attribution du projet CPS à Swisscom a donné lieu à des divergences d'opinion entre la FMH et HIN, concernant une violation possible de la convention d'actionnaires par la FMH, et ces divergences n'ont pas pu être éliminées malgré plusieurs rencontres. La FMH a donc envisagé de renoncer à son statut d'actionnaire majoritaire et de vendre à HIN une partie de ses actions en estimant que ce serait la meilleure solution pour régler le conflit à la satisfaction des deux parties, à la condition que les actions mises en vente restent en possession du corps médical, qui est le client principal et le principal utilisateur de HIN. Au cours du premier trimestre 2009, la FMH a demandé aux sociétés cantonales de médecine et aux sociétés de discipline médicale si elles seraient intéressées à racheter des actions à leur valeur nominale de CHF 1000.00. Depuis lors, le nombre d'actions susceptibles d'être vendues à des personnes ayant manifesté un intérêt s'élève à 200. Certaines sociétés n'ayant pas encore donné de réponse, on peut partir de l'idée qu'il sera possible de placer la majeure partie des 405 actions susmentionnées au sein du corps médical. Le reste sera repris par les actionnaires minoritaires, qui ont fait connaître leur intérêt. Vu que renoncer à être l'actionnaire majoritaire revient, pour la FMH, à changer de stratégie, le Comité central soumet cette affaire à la Chambre médicale.

Dans la discussion qui suit, *Jürg Schlup/BE demande de ne pas entrer en matière*. Il est expressément soutenu par *Thomas Heuberger/BE*, qui insiste sur les risques d'une entrée en matière, au motif qu'actuellement plus de 11 000 médecins travaillent avec HIN et en dépendent, qu'un grand nombre d'hôpitaux est connecté à HIN en raison desdits médecins et que la vente d'actions à des nouveaux actionnaires conduirait à un fractionnement. On risquerait alors que la majorité change régulièrement et que les actionnaires ne cherchent plus qu'à défendre leurs propres intérêts. D'autres délégués, tels que *Urs Stoffel/ZH*, sont d'avis que la FMH

doit conserver son statut majoritaire. Mais «les dégâts sont faits», et il convient maintenant de trouver la meilleure solution possible pour les 11 000 abonnés au HIN. *U. Stoffel/ZH* annonce que le VEDAG va encore envoyer une proposition à ce sujet. *Ernst Gähler/CC* estime lui aussi que la situation est bloquée et que le risque d'une confrontation juridique n'est pas loin (des expertises juridiques contraires quant à la violation de la convention d'actionnaires ont été élaborées par les deux parties). Il est important que la société HIN SA puisse continuer à fonctionner et il demande d'entrer en matière pour cette raison.

La discussion traînant en longueur, *Brigitte Muff/ZH* dépose une *motion d'ordre* pour que les délégués passent enfin au vote. Cette *motion est acceptée* à une large majorité.

La *proposition de J. Schlup/BE* de *ne pas entrer en matière* est *acceptée* par 66 voix contre 47. Par conséquent, les actions restent en possession de la FMH qui va discuter de la situation avec les actionnaires minoritaires de HIN.

Cette décision rend caduque la proposition du VEDAG n° *2 relative au point 11,* annoncée par U. Stoffel/ZH.

Propositions de décisions et informations en provenance des domaines d'activité

Révision de la LAMal – interdiction réciproque de prendre des participations

Markus Reber/LU avait déjà plaidé en faveur d'une interdiction réciproque de prendre des participations lors de la Chambre médicale extraordinaire de décembre 2008. Comme la formulation proposée avait été considérée à l'époque comme étant trop peu claire, le président avait proposé à M. Reber que le CC soumette une proposition claire à la Chambre médicale de ce jour, ce qu'il avait accepté.

Le Comité central suggère ce qui suit dans la proposition n° 1 relative au point 13: «Le CC propose que la demande d'introduire une interdiction réciproque de prendre des participations soit soumise une nouvelle fois au Parlement, et ce notamment lors de la prochaine occasion qui se présentera – à savoir lors de l'audition attendue de la FMH devant la Commission préparatoire du Conseil national (probablement en juin 2009.»

Les compléments suivants sont à prévoir dans la LAMal: art. 12, al. 5 *[nouveau]: «Les caisses-maladie ne gèrent pas d'institutions de soins médicaux pour leurs assurés et ne participent pas financièrement à de telles institutions»* et art. 35, al. 4 *[nouveau]: «Les fournisseurs de prestations ne gèrent pas de caisses-maladie au sens de l'article 12f et ne participent pas financièrement à des caisses-maladie.»*

Le *président* est d'avis qu'il faut accepter cette proposition telle qu'elle est formulée et la considérer comme allant dans la direction politique à prendre. L'auteur de la proposition d'origine se déclare d'accord.

(Les informations du domaine eHealth sont alors présentées, cf. point 15.)

Données, démographie et qualité

Daniel Herren, responsable du domaine DDQ, donne des informations sur les travaux en cours en partant des objectifs fixés pour 2009.

Domaine de la *qualité*

– *Promouvoir le rôle de leader des fournisseurs de prestations en matière de transparence de la qualité et de collaboration avec les coproducteurs*
  Cet objectif est réalisé entre autres dans le projet-pilote Monitorage de la qualité. L'objectif est de parvenir à une (meilleure) transparence en ce qui concerne les activités menées par les fournisseurs de prestations dans le domaine de la qualité. Une étude pilote qui durera jusqu'en 2010 recense et évalue ces activités avec trois sociétés de discipline médicale: la médecine de premier recours, la psychiatrie et l'orthopédie. Un retour d'information sera donné à ces sociétés quant à la situation de leurs activités relatives à la qualité. Il est prévu de publier les résultats sous une forme appropriée et de chercher avec les partenaires à créer des incitatifs dans le système de santé et à promouvoir des améliorations. Le but visé est de collecter soi-même des données, car c'est la seule manière de contrer ou de soutenir des arguments basés sur des données. Face au monde politique, cela nous permet de rendre crédible notre intérêt à parler de la qualité et à lui conférer une transparence ciblée et améliorée. Un premier pas est ainsi fait dans la réalisation des conditions posées dans la convention TARMED. Lors d'une première rencontre en août 2009, il conviendra de présenter l'état du projet aux protagonistes impliqués (assurances, OFSP, sas) en vue de susciter leur compréhension et d'encourager le dialogue. Dès le début 2010, les données pourront être saisies par le biais de myFMH et seront ensuite évaluées. A l'origine, il était prévu de procéder au monitorage de la qualité en collaboration avec santésuisse. Les négociations ayant toutefois échoué pour différentes raisons, il a été décidé de poursuivre ce projet en tant que pur projet FMH. Entretemps, santésuisse a (peut-être pour cette raison) communiqué une nouvelle fois son intérêt à y participer comme partenaire. L'organisation interne de santésuisse étant relativement compliquée, il faut tout d'abord conclure une convention de base, laquelle est actuellement en consultation chez cette dernière. On peut légitimement espérer que cette collaboration verra le jour.
  D'autres *projets,* parmi lesquels certains sont achevés et donnent lieu à différents sous-projets, sont en cours de réalisation avec la *Fondation pour la sécurité des patients*. Cette fondation jouit d'une large acceptation politique, ce qui est important pour la prise d'influence par le domaine DDQ.

Quant à la *recherche concomitante à SwissDRG*, elle donne l'occasion au département DDQ d'assumer un rôle déterminant dans les domaines «Répercussions des nouveaux tarifs sur les soins donnés aux patients» et «Régulation des flux de patients». Un concept est en cours d'élaboration. En outre, le département DDQ tient à participer activement à la *stratégie nationale pour la qualité dans les soins de santé*. D'après nos informations, le rapport de l'OFSP n'a cependant toujours pas été remis au chef du DFI.
Le département DDQ collabore par ailleurs à différents groupes de travail, entre autres au sein de l'ASSM, de l'association nationale pour le développement de la qualité (NVQ), nouvellement fondée, et du groupe de travail Qualité de H+.

– *Réseau Qualité au sein du corps médical*
Lors des rencontres tenues régulièrement avec les responsables de la qualité des sociétés de discipline médicale et des organisations faîtières, on vise à promouvoir les échanges sous forme de transfert de connaissances et à encourager les mises en réseaux. Les documents élaborés dans ce contexte sont des instruments de travail importants. Ils constituent une référence précieuse lorsqu'on est interrogé sur un thème particulier concernant la qualité.
– *Connaître l'opinion des patients*
L'important projet lancé avec la HES bernoise pour connaître l'opinion des patients a fortement intéressé les responsables de la qualité des sociétés de discipline médicale. La première partie, qui consiste en une enquête sur la qualité, est achevée et un article est paru à ce sujet dans le BMS. La seconde partie démarrera prochainement sous la forme d'un sondage représentatif.
– *Soutenir des projets utiles*
ReMed: le projet pilote continue sur sa lancée connaît une croissance régulière et organique.
Gestion des incidents internes à l'établissement (Fondation pour la sécurité des patients).
Gestion des risques dans les hôpitaux suisses (avec l'EPF de Zurich et la HES de Lucerne); une journée de clôture sera organisée en juin.

Domaine *Données/Démographie*:
Des bases sont en cours d'élaboration, concernant entre autres
– *la démographie médicale*: s'agissant de la planification des besoins et de la qualité de la fourniture de soins, il est extrêmement important de disposer d'une bonne base de données. L'élargissement de la statistique médicale a permis de créer une telle base. Il est aussi prévu de compléter et d'élargir éventuellement l'étude concernant les «Revenus des médecins».
– *La fourniture de soins médicaux ambulatoires et hospitaliers*: différentes études réalisées conjointement avec l'OBSAN son en cours: «Medhosp» (monitorage de médecins actifs dans les milieux hospitaliers en Suisse), «Développement d'indicateurs individuels pour les médecins hospitaliers» et «Monimed: monitorage des médecins exerçant en Suisse».

Forces restaurées pour la deuxième partie de la Chambre médicale.

Le département DDQ est un *point de contact centralisé pour les renseignements relatifs à la démographie médicale*. Des données y sont préparées et mises à disposition sur demande. La statistique médicale, qui ne contenait jusqu'à présent que des données sociodémographiques et concernant la qualité, a été élargie avec des données portant sur l'activité. La mise en page a été améliorée; les tableaux sont moins nombreux, mais il y a davantage de texte. La statistique médicale figure sur le site internet de la FMH, sous le domaine DDQ. *D. Herren* fait allusion au prospectus déposé sur les tables des délégués: il a pour but – parallèlement aux articles publiés dans le BMS et dans les organes des sociétés de discipline et des sociétés cantonales – de motiver le corps médical à maintenir la qualité des données à un niveau élevé. Le taux de réponses obtenu via *my*FMH atteint pour l'instant entre 15 et 18% et doit absolument être amélioré.

Pour terminer, *D. Herren* informe sur la *mise en œuvre de l'art. 22a LAMal* (obligation de fournir des données concernant l'activité, le chiffre d'affaires des cabinets médicaux et les indicateurs de qualité), un projet qui a été lancé sur l'initiative de la CCM.

Bien que l'article dit de «surveillance» soit en vigueur depuis le 1er janvier 2009, personne n'a une idée de la mise en œuvre et du degré de détail des données à livrer. De ce fait, on a pris contact avec l'Office fédéral de la statistique (OFS), parce que c'est à lui que l'OFSP demandera ces données. Les premiers entretiens qui ont eu lieu ont été très positifs. L'OFS est content et reconnaissant que nous l'aidions à évaluer quelles données doivent être transmises par le corps médical à l'OFSP.

Christoph Ramstein/VEDAG mentionne les nombreux contacts entretenus avec le département DDQ et la collaboration de ce dernier à des projets que le VEDAG a menés ces 6 dernières années, et remercie Daniel Herren ainsi que les collaboratrices du département DDQ pour leur excellent travail sur le plan professionnel et humain. En ce qui concerne la recherche concomitante à SwissDRG, il estime que ce projet suit actuellement trois voies: la première est constituée par l'initiative parlementaire relative à la recherche concomitante et sur les soins de Bea Heim d'octobre 2008, la deuxième consiste en une intervention de la CCM auprès de Carlo Conti, et la troisième correspond aux activités récemment lancées par département DDQ à ce sujet. Il engage les instances impliquées à travailler en synergie. *Urs Stoffel/CCM* ne peut que soutenir cette demande. On ne sait pas très bien ce qui adviendra de l'intervention auprès de Carlo Conti. Par ailleurs, les requêtes de Bea Heim sont analogues aux exigences de la CCM en ce qui concerne la recherche concomitante et l'assurance-qualité lors de l'introduction des DRG. Il serait donc avantageux d'instaurer une certaine collaboration.

eHealth

Le *président* donne la parole à *Monique Gauthey/CC* pour des informations concernant le domaine eHealth. *M. Gauthey*, qui a repris ce domaine complexe lors de son élection au CC, il y a une année, tire un rapide bilan des activités qui s'y déroulent.

– *Stratégie eHealth de la FMH:*
  Le groupe de travail eHealth qui a été mis sur pied a élaboré un projet sur la base des objectifs stratégiques de la FMH pour la législature 2008 à 2012, projet qui a été discuté au Comité central. Seul un petit nombre de modifications doit encore y être apporté par groupe de travail, de sorte que le document concerné sera prêt en été pour approbation. Il contiendra des réflexions sur la participation du corps médical, sur la nécessité d'applications, d'un soutien judicieux notamment dans les processus thérapeutiques, sur l'intégration appropriée de l'eHealth dans la formation professionnelle des médecins ainsi que sur la protection des données, l'influence sur la relation médecin/patient et le financement. La stratégie eHealth de la FMH servira de base pour élaborer des documents concernant divers thèmes d'actualité tels que l'identification des patients, le dossier médical électronique et la carte d'assuré.
– *L'organe de coordination eHealth* est une structure commune de la Confédération et des cantons, réglée dans une convention-cadre. Son objectif est la mise en œuvre de la «Stratégie suisse en matière de cybersanté» (ou «Stratégie eHealth Suisse») adoptée par le Conseil fédéral. La FMH est représentée dans différents groupes de projet. Les positions qui y sont défendues sont mises au point d'entente avec le groupe de travail eHealth de la FMH. L'organigramme de l'organe de coordination comprend un comité exécutif dirigé par le conseiller fédéral Pascal Couchepin. Ce groupe a pour tâche de veiller à atteindre les objectifs stratégiques. Il est conseillé par un groupe consultatif composé de représentants des principales associations de défense d'intérêts. Le service administratif règle les questions opérationnelles alors que le comité de direction du projet, chargé de la coordination des projets partiels et de l'élaboration de bases décisionnelles, est composé des co-directions de tous les projets partiels. Le travail sur les contenus est effectué dans le cadre des projets partiels «Bases légales», «Normes et architecture», «Essais pilotes et PPP», «Formation», «Services en ligne», «Culture sanitaire» et «Financement et mesures d'incitation». Les principes et directives à la base de l'architecture comprennent notamment la carte de professionnel de santé (CPS), qui sert par exemple à l'identification des soignants. Le tout n'est pas conçu comme un grand projet national, mais comme une mise en réseau de systèmes, l'essentiel consistant à «créer les conditions pour l'échangeabilité des documents en rapport avec la prise en charge du patient». Les trois domaines principaux de l'échange de données et de documents sont les suivants: *«Processus clinique entre les soignants» comprenant l'«échange d'informations dans le cadre d'une prise en charge»* et la*«prescription médicamenteuse intégrée»*, le «suivi longitudinal d'un patient dans sa perspective historique *(continuity of care record)»* et les *«processus administratifs»*. Les bases de tous les six projets partiels devraient être prêtes pour juillet, de sorte qu'il sera possible de prendre des décisions en août.
– *Projet Carte de professionnel de santé (CPS) de la FMH*
  En décembre 2006, la Chambre médicale a remis au Comité central le mandat «d'élaborer et livrer une CPS comportant un certificat simple, des possibilités d'extension vers un certificat qualifié / une signature digitale selon la loi sur les signatures et assurant l'interopérabilité avec la carte d'assuré, au cas où celle-ci viendrait.» La durée du projet a été fixée à 3 ans (2007 à 2009) et un budget de 2,6 millions de CHF a été approuvé.
  En mars 2009, les deux partenaires du projet en ont réglé les responsabilités d'une nouvelle manière: du côté Swisscom, le projet a été transféré des services TI à la société Swisscom SA alors que côté FMH, *M. Gauthey* a repris la direction du projet en tant que responsable du domaine eHealth. Le mandat confié à un directeur de projet externe a été résilié. Le groupe de projet a été réduit à cinq membres. La réalisation de la CPS est imminente, les premières cartes seront livrées en juillet. Entre les mois de mai et d'octobre 2009, tous les membres de la FMH recevront des documents personnalisés pour commander cette carte, sans devoir les demander. A la réception du formulaire de commande dûment signé et accompagné de l'adresse électronique souhaitée pour le certificat ainsi que d'une

photo passeport récente, la FMH commandera les CPS demandées. En lançant la CPS, la FMH occupe le terrain fait en sorte qu'on la prenne en compte dans le contexte de la carte d'assuré. Elle acquiert ainsi plus de poids dans le domaine de la cybersanté au niveau suisse et met en place un réseau précieux. La nouvelle attestation de médecin et de membre de la FMH sera livrée avec un certificat avancé (donc d'avantage qu'un certificat simple) qui représentera l'identité électronique du médecin et permettra son identification en tant que personne et en tant que médecin. Ce certificat pourra être utilisé pour la signature électronique de messages et de documents et pour l'envoi et la réception d'informations sensibles (cryptage et décryptage). Pour que les délégués puissent se faire une idée de la CPS, on a distribué sur les tables des «cool cards» représentant la CPS sur leur recto et contenant des bonbons à la menthe.

– *Perspectives:*
Le groupe de travail eHealth de la FMH va continuer son travail au sein de la FMH pour une prise de conscience et une meilleure intégration de la cybersanté dans les pratiques. L'implication du corps médical dans l'organe de coordination doit être renforcée. L'introduction de la carte d'assuré prévue pour l'année prochaine sera un grand défi à tous les niveaux. Enfin, la CPS devra être intégrée dans des applications existantes et planifiées – différents essais pilote étant déjà en cours. – Il s'agira de garantir l'interopérabilité avec la carte d'assuré et de rechercher, voire d'encourager, la collaboration avec les pharmaciens et autres professionnels.

Th. Keller/SZ aimerait savoir pourquoi la CPS ne porte pas le titre de son détenteur. Le président répond qu'une des raisons est la longueur limitée du champ à disposition pour le nom. (*Remarque de la rédactrice du procès-verbal: cf. raisons détaillées sur www.fmh.ch, FAQ concernant la HPC.)*

SwissDRG: situation actuelle

Le *président* donne la parole à *Pierre-François Cuénoud* pour les informations concernant son domaine. Au cours des six derniers mois, le Conseil d'administration de SwissDRG s'est occupé principalement de la demande qui doit être envoyée au Conseil fédéral au plus tard le 30 juin 2009, afin que celui-ci ait 30 mois à disposition pour l'examiner. Les points les plus importants de cette demande concernent la structure tarifaire et ses modalités d'application, le manuel de codage avec le concept de révision des codes, les instruments et les mécanismes garantissant la qualité des prestations et l'estimation des conséquences du tarif sur le volume de prestations et les coûts. Dans ce contexte, les activités de la FMH consistent tout d'abord à envoyer des propositions au Bureau Case Mix (CMO): 1630 à ce jour. Les disciplines ayant déposé le plus de propositions sont l'orthopédie/traumatologie, la chirurgie générale et d'urgence, la médecine intensive, l'ORL, l'urologie, la chirurgie viscérale ainsi que la gynécologie et obstétrique. L'anesthésie et réanimation, la chirurgie de la main, la pédiatrie, la médecine de laboratoire et la médecine anthroposophique sont celles qui en ont envoyé le moins. Toutes les sociétés de discipline médicale ont participé et soumis des propositions. H+ a également envoyé une proposition, contrairement à tous les autres partenaires (CDS, sas, SCTM). Cette année, il sera une nouvelle fois possible de déposer des propositions entre le 1er juillet et le 20 septembre 2009. A l'instar de 2008, la FMH offrira son soutien aux sociétés de discipline et elle pourra compter sur les conseils de spécialistes DRG venant d'Allemagne et des hôpitaux universitaires suisses. Le nombre nécessaire de propositions a été évalué lors de deux rencontres, l'une à Berne en mars et l'autre à Genève en avril. Une série d'ateliers sera à nouveau organisée en juin pour les sociétés de discipline médicale. Deux séminaires sont également prévus en collaboration avec le service de formation de H+ sous le titre «SwissDRG: principes de base pour les médecins» et «médecins et codage: responsabilité sous SwissDRG». Ces séminaires auront lieu chacun trois fois au cours de 2009. En raison de la très grande demande, il est prévu de les répéter l'année prochaine. On envisage également une édition française. Le domaine SwissDRG au sein de la FMH a été renforcé sur le plan du personnel. Après le départ du responsable du service tarifaire de la FMH, Beatrix Meyer en reprendra dès le 1er juin la direction administrative, à côté de la direction opérationnelle du domaine SwissDRG. Elle sera assistée par Petra Ingenpass, responsable suppléante SwissDRG de la FMH, et par Eva Naef, assistante. La direction technique du domaine Tarifs et conventions (comprenant le TARMED et d'autres tarifs ambulatoires) sera reprise dès le 1er juin par Irène Marty. Thomas Kessler et Petra Meier collaborent également à ce domaine.

S'agissant de la recherche concomitante, la FMH en a une conception plus étendue que la société SwissDRG SA qui n'envisageait qu'une observation d'accompagnement. C'est une occasion pour la FMH de se profiler. Comme cela a déjà été mentionné au cours de la séance de ce jour, il y a eu une série d'interventions parlementaires (p.ex. Bea Heim, Ignazio Cassis) à ce sujet. L'idée d'un appel d'offres pour un «concept de recherche concomitante SwissDRG» a été mise en œuvre, essentiellement pour obtenir une réponse à la question des thèmes et paramètres les plus importants pour le corps médical, mais aussi pour clarifier les aspects de la mesure des paramètres, des bases de données, du financement et de la mise en œuvre. Le mandat a été confié d'une part à l'Institut Universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP, dirigé par le Prof. F. Paccaud) et, d'autre part, au Dr Heinz Locher, de Berne, une combinaison regroupant ainsi savoirs médical et économique. Les travaux ont débuté par une séance de récolte d'idées.

Le projet SwissDRG connaît certains soucis persistants: l'une des préoccupations majeures concerne le financement de la formation postgraduée. La LAMal adoptée en décembre 2007 exclut le financement de la recherche et de la formation universitaire. Nous sommes partis de l'idée que la formation postgraduée ne faisait pas partie de la formation universitaire, mais les ordonnances précisent le contraire en notre défaveur, alors que nous savons pertinemment que les deux tiers de cette formation ont lieu à l'extérieur de l'université.

La tendance à mettre sur pied des groupes de travail parallèles est également préoccupante. Cela se produit souvent lorsque ce que la FMH dit dans un groupe n'est pas entendu volontiers par les autres; pour contourner la difficulté, on crée alors un groupe parallèle dans lequel la FMH n'est pas représentée. Un autre souci concerne la protection des données, que personne ne prend vraiment au sérieux. Au bout du compte, c'est pourtant le médecin qui risque de comparaître devant le juge et non le directeur de l'hôpital. Les innovations sont également source d'inquiétude: on ne peut pas faire une bonne médecine en renonçant aux innovations. Les assureurs ont tenté de repousser ce thème à plus tard. Il convient finalement de mentionner les contrôles de qualité: on dit beaucoup de choses à ce sujet, on en réalise peu, mais la loi nous y oblige. Il reste donc encore beaucoup de pain sur la planche et nous devons rester combatifs!

Ch. Bosshard/ASMAC remercie la FMH pour son communiqué très positif concernant la pétition sur les DRG, également soutenue par l'ASMAC. Cette pétition figure sous www.drg-petition.ch et concerne précisément les soucis mentionnés par P.-F. Cuénoud.

Tarifs et conventions

Ernst Gähler/CC informe sur quatre thèmes relevant de son domaine.

TARMED Suisse

Les quatre partenaires – FMH, H+, santésuisse et la CTM – sont représentés dans le comité de direction de TARMED Suisse. La Conférence des directeurs de la santé (CDS) participe en tant qu'observatrice. Cette année, la présidence est assumée par la FMH. TARMED Suisse s'occupe des tarifs. L'organisation est pesante et prend ses décisions avec lenteur. La CPI, la CPT et la commission PaKoDig s'occupent de la partie opérationnelle. Actuellement, le niveau stratégique et le niveau opérationnel sont très entrelacés. Le Bureau du comité de direction a décidé de les désenchevêtrer en interdisant de siéger simultanément, dès septembre, dans les commissions et au comité de direction. Les voies décisionnelles seront ainsi plus courtes et les décisions prises plus rapidement. En outre, il faudra impliquer davantage le directeur. La décision prise par les partenaires de créer une commission médicale au sein de la CPT revêt une certaine importance, car cette commission traitera toutes les questions médicales pour la CPT.

Quant au projet TARMED 2010, il concerne la réorganisation du TARMED. La FMH (AD et CC) a approuvé ce projet avec des restrictions et à certaines conditions. H+ et la CTM ont la même position. A l'instar de ce qui se passe à d'autres niveaux, le problème est constitué par santésuisse qui n'est pas intéressée à réorganiser le TARMED, parce qu'elle estime qu'il fonctionne et qu'elle craint une augmentation des coûts, d'autant plus qu'elle a la même crainte pour l'introduction des forfaits DRG. De ce fait, elle a élaboré une convention sur la gestion des coûts, destinée à définir une neutralité des coûts avant même le lancement du projet. La FMH, H+ et étonnement aussi la CTM l'ont rejetée. La FMH tient à conserver la convention CPP en tant qu'instrument efficace de régulation des coûts. Ces divergences avec santésuisse mettent gravement en péril le lancement du projet.

La FMH a lancé un projet pour la révision du concept de valeur intrinsèque, qui a été approuvé par ses partenaires. Il s'agit en particulier de régler d'une autre manière la question des droits acquis et des valeurs intrinsèques qualitatives.

Révision de la liste des analyses

Ce «chantier» existe depuis 2006. L'OFSP ne veut pas de modèle séparé pour le laboratoire de cabinet médical. L'OFSP et santésuisse considèrent ce type de laboratoire comme une occupation annexe et le corps médical n'a pas le droit d'avoir une occupation annexe qui lui procure des revenus. Or le laboratoire est au cœur des activités du praticien. *E. Gähler* présente rapidement l'historique du tarif Point-of-Care. Une brève expertise juridique a constaté que son intégration dans la liste des analyses ne nécessiterait pas de modifier la loi, ce qui vient d'être une nouvelle fois contesté par le directeur de l'OFSP. La FMH ayant demandé pendant des mois de pouvoir consulter les données, cette consultation lui a été accordée le 20 janvier 2009. Des 9 positions contrôlées, 7 contenaient des erreurs de calcul. Le conseiller fédéral Pascal Couchepin a malgré tout décidé, le 29 janvier 2009, d'introduire la nouvelle liste des analyses au 1er juillet 2009. La FMH a ensuite tiré parti de tous les registres politiques possibles: elle a eu de très bons contacts avec les deux commissions de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats et du Conseil national (des députés éminents de différents partis ont soutenu la position de la FMH); une audition a eu lieu auprès de la commission de gestion du Conseil national (qui ne peut qu'examiner les processus mais pas se prononcer sur le contenu). Le 7 avril 2009, la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils a présenté à l'OFSP un catalogue de questions en 10 points, parce que le chef du DFI avait tout simplement ignoré cette commission consultative lors de l'élaboration de la version précédente. Après être intervenus pour pouvoir consulter à nouveau les données, E. Gähler et Roman Fried ont obtenu les bases de données concernées (documents pdf et tableaux Excel), avec la précision que la banque de données sur Access ne pouvait pas leur être transmise en raison de l'obli-

gation de garder le secret. Cet argument a alors incité la FMH à envoyer une demande d'arbitrage au Préposé fédéral à la protection des données. Des irrégularités se sont également produites dans les déclarations de l'OFSP, lorsque celui-ci a prétendu que les coûts d'analyse avaient augmenté de 9%, alors que les chiffres de NewIndex montraient clairement que ces coûts n'avaient pas augmenté depuis 2006 jusqu'à ce jour. Une nouvelle consultation de la banque de données Access de l'OFSP a révélé que sur les 64 analyses de médecins de premier recours examinées, 25 étaient plausibles alors que 39 autres ne pouvaient pas être reconstituées. Tous nos arguments n'ont servi à rien et le directeur de l'OFSP a confirmé que la nouvelle liste des analyses entrerait en vigueur le 1er juillet 2009 dans la version présentée le 29 janvier 2009.

Il reste la possibilité d'intégrer le tarif Point-of-Care dans la liste des analyses par l'intermédiaire de santésuisse. Les négociations sont toutefois ardues et la situation politique actuelle complique le tout.

L'OFSP a institué un groupe d'accompagnement pour le monitorage prévu; Marc Müller/CMPR et E. Gähler en font partie. Pour élaborer un concept et effectuer une évaluation neutre, l'OFSP a engagé une entreprise dont 90% des mandats proviennent de l'administration fédérale. Le pool tarifaire de santésuisse avait été prévu comme base de données mais il ne convient pas. De ce fait, l'OFSP a exprimé le vœu de bénéficier des chiffres de NewIndex. La FMH mettra sur pied son propre monitorage; un projet de concept a été élaboré et sera discuté la semaine prochaine avec le groupe de travail Laboratoires.

Avant de conclure, *E. Gähler* présente brièvement le plan d'action de la FMH tel qu'il est maintenant prévu. Les délégués proposent différentes mesures qui tiennent toutes de la «désobéissance civile». *Marc Müller/CMPR* rappelle que le maintien d'une qualité médicale élevée était le principal argument contre la nouvelle liste des analyses. La seule voie à suivre passe par un monitorage correct, montrant que le laboratoire du praticien ne couvre plus ses coûts et que l'incitation à équiper un cabinet médical selon nos besoins n'existe plus, ce qui est une catastrophe pour le futur des soins médicaux.

Négociations sur la valeur du point tarifaire/ Adaptations du point tarifaire AA /AI/AM

Les négociations sur la valeur du point tarifaire sont difficiles, aussi bien dans le domaine de la LAMal que dans celui de la LAA. Dans le domaine LAMal, il se passe au moins quelque chose: dans un canton, la valeur de point tarifaire pourra être relevée, ce qui montre que la Convention prestations-prix (CPP) est appliquée.

On est en discussion avec la CTM depuis un an et demi. Une hausse de la valeur du point tarifaire de 4 centimes a certes pu être atteinte, mais la CTM pose continuellement de nouvelles conditions. La FMH a collaboré de façon constructive et proposé des solutions, sans succès jusqu'à présent. Nous perdons lentement patience. Si la réponse de la CTM que nous attendons est négative, l'Assemblée des délégués proposera des mesures concrètes qui sont actuellement en cours d'élaboration.

Propharmacie / Réduction de la marge de distribution

Dans ce domaine également, on parle depuis un certain temps de réduire la marge de distribution de 3%, vu que l'OFSP considère aussi la propharmacie comme une occupation annexe. La décision du conseiller fédéral Couchepin n'est pas encore tombée, mais il faut s'attendre à cette réduction dans le cadre du débat actuel concernant la baisse du prix des médicaments. Le Conseil fédéral décidera sous peu, il se dit aussi qu'il réduira la marge de distribution des médecins de 6% et celle des pharmaciens de 3%, compte tenu d'une motion de Verena Diener prévoyant un splitting des marges (marge plus basse pour les médecins qui auraient moins de frais annexes que les pharmaciens). Il semble aussi que les pharmaciens auraient renégocié la RBP et qu'ils voudraient introduire un contrôle de polymédication correspondant à 25 points tarifaires (on a aussi entendu parler de 45 points tarifaires). Les pharmaciens compenseraient ainsi la baisse de leur marge de distribution par le biais de la RBP. La FMH va bien entendu s'opposer à un splitting des marges. Le groupe de travail concerné a déjà réfléchi aux mesures qui pourraient être prises.

E. Gähler estime en conclusion que seule une politique des petits pas est possible pour tous les secteurs de son domaine; il espère que la ténacité du corps médical aura un effet préventif sur les autres projets de la Confédération. De ce fait, le mot d'ordre est de «continuer à travailler de manière constructive et combative». En conclusion, il remercie le corps médical et les collaboratrices et collaborateurs du service tarifaire de leur soutien.

Peter Tschudi/ZH admire la tolérance d'E. Gähler face aux frustrations subies et invite la Chambre médicale à l'applaudir pour cet énorme travail. *E. Gähler* remercie les délégués et souligne que leur appréciation lui donne du courage pour continuer la lutte.

Vincenzo Liguori/TI souhaite savoir si le Comité central a la possibilité d'exiger l'introduction de la propharmacie dans des cantons qui ne la connaissent pas encore. *H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint* lui répond que c'est aux cantons que la LAMal donne la compétence d'admettre ou non la propharmacie et de voir sous quelle forme ils veulent la régler. Pour cette raison, il ne voit pas à quel niveau la FMH pourrait exercer une influence en la matière.

Le *président* donne la parole à *Jean-Pierre Pavillon/ VD* pour expliquer sa *proposition n° 1 relative au point 17.2*. Le proposant considère que la question du laboratoire n'est pas seulement un problème économique pour les médecins libres praticiens, mais qu'elle nuit aussi à l'image du médecin de famille car on lui enlève un instrument essentiel pour l'exercice de son activité médicale. S'y ajoute la portée politique de cet enjeu:

les membres de la SVM ont récolté plus de 40000 signatures en un temps record dans le cadre de leurs consultations. De surcroît, les contacts avec les parlementaires cantonaux et fédéraux montrent que ceux-ci ont beaucoup de compréhension pour la position du corps médical. Ce large soutien ne sert toutefois à rien car la Liste des analyses relève de la décision du chef du département de l'intérieur. Ses exigences face à d'autres tarifs médicaux font craindre qu'il manipulera également celui-ci à sa guise. Si nous ne nous défendons pas maintenant de toutes nos forces dans la question des tarifs d'analyses, nous subirons les mêmes revers pour le TARMED et tous les autres tarifs médicaux. La société médicale du canton de Vaud demande ainsi à la Chambre médicale, en sa qualité d'organe suprême de la FMH, d'approuver sa *résolution* concernant le laboratoire du praticien, intitulée *«Sauvons la médecine»*.

E. Gähler/CC souligne que cette résolution n'exige, au fond, rien d'autre que ce qui a déjà été demandé par le domaine des Tarifs à différents niveaux. Il va de soi qu'elle peut maintenant être adoptée en tant que résolution de la FMH, mais il ne faut pas se faire d'illusions quant à son effet. *U.Stoffel/ZH* émet des réserves car, pour le dire de manière provocatrice, certaines formulations considérées par nos partenaires plutôt comme des revendications syndicales pourraient nous rendre plus difficile l'accès à certaines commissions politiques chargées de trouver des solutions.

Ph. Dreiding/ZH regrette l'absence de mesures concrètes, il lui semble ce n'est plus le moment d'adopter des résolutions vu la situation actuelle.

Th. Keller/SZ ne partage pas entièrement les réserves d'U. Stoffel. La résolution pourrait tout aussi bien avoir pour effet de montrer au monde extérieur que la représentation politique de la FMH est sous la pression des revendications de ses membres. Pour cette raison, il soutient la résolution proposée. *F. Zogg/ZG* propose un compromis consistant à ne retenir comme résolution de la Chambre médicale que la première des exigences formulées dans le projet de résolution.

La parole n'étant plus demandée, le *président* explique la procédure de vote:

les délégués se prononceront tout d'abord sur le principe d'adopter une résolution. Ensuite, ils voteront sur la proposition de J.-P. Pavillon/VD et celle de F. Zogg/ZG opposées l'une à l'autre.

Le *principe* d'adopter une résolution est *accepté* à une écrasante majorité, avec 2 oppositions et 5 abstentions.

Les délégués votent ensuite sur l'alternative qui leur est soumise. Ils *acceptent* la *proposition* de *F. Zogg/ZG* (version raccourcie de la résolution de la SVM) par 92 voix alors que celle de J.-P. Pavillon/VD récolte 49 voix.

Formation médicale

Brève information sur les débuts de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM).

Le *président* donne la parole à Max Giger/CC pour présenter son rapport sur l'ISFM dont la création a été décidée à la Chambre médicale extraordinaire de décembre 2008. *M. Giger* indique tout d'abord que le rapport annuel 2008 de la CFPC se trouvera encore jusqu'à la fin du mois sur le site internet de la FMH sous le domaine *FPPC/Divers*. Au sein de la FMH, l'ISFM doit rendre compte de son activité directement à la Chambre médicale, et il dispose donc d'un budget propre. Le mandat de l'ISFM est d'offrir aux médecins une formation professionnelle efficace sous la direction du corps médical. L'une des tâches de l'ISFM est de mettre en œuvre la formation postgraduée sur mandat du DFI et selon la loi sur les professions médicales (LPMéd); son autre tâche concerne la formation continue. La formation professionnelle des médecins doit être entièrement axée sur les besoins de la population. Avec l'évolution démographique actuelle, le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans et même de plus de 80 ans augmentera fortement et les maladies chroniques suivront en parallèle. L'ISFM doit veiller à ce que les soins de santé en Suisse restent de haut niveau tant du point de vue qualitatif que quantitatif. Les tâches qui en résultent pour l'ISFM sont les suivantes:

- Garantir la «force de travail»: les médecins actuellement en formation devront être en mesure de prendre en charge et de soigner une population âgée.
- Renforcer la communication: avoir une oreille attentive, montrer de la compréhension et savoir faire passer un message.
- Améliorer la sécurité des patients.
- Améliorer le traitement de la douleur.
- Soins palliatifs: en vertu de l'art. 18 de la LPMéd, le corps médical doit être à même d'accompagner les patients jusqu'à la fin de leur existence.

Le Dr Giger donne ensuite un aperçu de la formation postgraduée actuelle en Suisse: 45 titres de spécialiste, 27 formations approfondies, 28 attestations de formation complémentaire; la formation postgraduée est prodiguée dans près de 1200 établissements de formation et dans 650 cabinets médicaux. En 2008, env. 9000 médecins-assistants ont été formés. Si l'on considère uniquement les grandes sociétés de discipline médicale, c'est la médecine interne qui dispose du plus grand nombre d'établissements de formation postgraduée et la pédiatrie qui en compte le moins. Au niveau mondial, on constate une migration des médecins de pays ayant une densité médicale plus basse et un niveau de soins médicaux un peu moins élevé vers des pays disposant d'une couverture médicale de plus haut niveau. En Europe, on constate une migration massive du nord-est vers le sud-ouest et une migration générale du nord vers le sud. La Suisse est un des pays les plus prisés: la proportion de médecins-assistants suisses baisse continuellement; en 2008, ils étaient moins de 60%. En compensation, le nombre de médecins-assistants en provenance d'Allemagne augmente

régulièrement. La Suisse doit toujours davantage chercher des médecins en-dehors de l'Europe. En Suisse romande, ils viennent principalement de pays nord-africains et en Suisse allemande, de plus en plus souvent de Bulgarie (qui exporte env. ⅓ de ses médecins à l'étranger) et de Roumanie.

Les *structures de l'ISFM* comprennent 1 *direction* (4 personnes), un *comité* (18 personnes et 11 invités) et une *assemblée plénière* (57 personnes et 33 invités).

Quatre personnes forment la direction: *Max Giger, président*, responsable du domaine Politique et médecine; *deux vice-présidents, à savoir Jean-Pierre Keller*, responsable du domaine Etablissements de formation postgraduée et de la Commission pour les établissements de formation postgraduée, et *Hans Rudolf Koelz*, responsable du domaine Programmes de formation postgraduée et continue et formation continue, et finalement *Christoph Hänggeli*, responsable de l'administration, du personnel et des questions juridiques.

Le secrétariat de l'ISFM, fort de 18 collaboratrices et collaborateurs, reste dans le bâtiment de la FMH à Berne. Les responsables de section, toutes en activité depuis des années à la FMH, sont Petra Bucher-Baeriswyl (secrétariat de l'ISFM, formation continue, site internet), Renate Jungo (établissements de formation postgraduée), Esther Würz (Commission des titres, diplômes) et Barbara Linder (relations internationales), qui a l'année dernière, en parallèle à son travail, terminé des études de droit par un master of law, après avoir été secrétaire/collaboratrice spécialisée pendant de nombreuses années au service juridique (les délégués la félicitent par des applaudissements.). La Commission des titres (69 délégués issus des disciplines, 11 délégués hors discipline) et la Commission des établissements de formation postgraduée (60 délégués issus des disciplines, 11 délégués hors discipline) existaient déjà au sein de la CFPC et sont maintenues.

Les *projets* menés actuellement sont les suivants: *accréditation 2011*, *assurance-qualité de la formation postgraduée* (enquête auprès des assistants, en collaboration avec l'EPF de Zurich, et visites d'établissement); *projets d'évaluation* avec l'Institut de formation médicale de l'université de Berne (évaluation centrée sur le lieu de travail; pool internet pour les examens de spécialiste); *logbook* (dans les 43 programmes de FP, les assistants gèrent sous leur propre responsabilité un logbook personnel contenant l'ensemble des attestations obtenues sur les formations accomplies); *financement de la formation postgraduée* (cette question doit être réglée au niveau politique d'ici à fin 2009, on est en discussion avec la CDS); *révision du titre de spécialiste en médecine interne* (cette révision s'appuie sur le catalogue des objectifs d'apprentissage de la CIMS (l'objectif est de regrouper la médecine interne et la médecine générale en vue de renforcer la médecine de famille); *plateforme internet pour la formation continue* (avec pour but d'augmenter la qualité de la formation continue, qui devrait pouvoir être gérée de manière individuelle par le biais de *my*FMH, permettant au médecin d'imprimer son propre diplôme de formation continue. Un objectif à long terme est en outre de permettre au médecin de s'enregistrer à des sessions de formation continue et de recevoir les crédits correspondants en utilisant la carte de professionnel de santé. Finalement, il s'agit de mettre en œuvre les directives «Corps médical et industrie» de l'ASSM dans le domaine de la formation continue, ce qui signifie concrètement que certaines sessions de formation continue ne pourront plus être sponsorisées par l'industrie.

Ch. Ramstein/VEDAG rappelle que le mandat de Max Giger a été prolongé de deux ans il y a une année pour lui donner la possibilité de chercher un successeur à la direction de l'ISFM, à savoir une personne aux compétences professionnelles avérées et qui devra reprendre ce poste à un taux d'occupation estimé à 80%. Ch. Ramstein attire l'attention sur le fait que les candidats possibles occupent aujourd'hui probablement une position de chef ou de cadre et que le candidat nommé devra réduire son taux d'occupation, voire même résilier son contrat d'engagement avec un préavis d'au moins six mois si ce n'est une année. Comme le bruit court qu'il n'y aura pas de Chambre médicale extraordinaire en décembre et vu que le directeur de l'ISFM doit impérativement être élu par la ChM, *Ch. Ramstein* est d'avis que l'on devrait pouvoir confirmer cette personne à la séance de ce jour.

M. Giger répond que le comité de l'ISFM a débattu de manière approfondie de sa succession, a établi un profil et s'est mis à la recherche d'un successeur. Une mise au concours publique a été envisagée mais elle n'est pas réalisable parce que le ou la candidat-e doit être élu-e par la ChM et qu'il s'agit simultanément d'une élection professionnelle et politique. Des discussions sont actuellement menées avec certains collègues intéressés mais M. Giger ne peut pas en dire plus pour le moment.

Conformément à la décision prise par le CC lors de sa dernière séance, le choix devrait certainement être fait 6 mois avant son départ. *M. Giger* donne raison à Ch. Ramstein: le ou la candidat-e retenu-e devrait être confirmé-e en tant que président élu en décembre. Le problème a été quelque peu désamorcé par l'attribution de domaines d'activité aux deux vice-présidents de l'ISFM. *Jacques de Haller* précise que conformément à la décision de la Chambre médicale extraordinaire de décembre 2008, le directeur ou la directrice de l'ISFM ne devra plus être impérativement membre du Comité central, ce que ce dernier considère cependant comme hautement souhaitable.

Markus Furrer/Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique attire l'attention sur le fait que les nouvelles directives EuQuMed sont devenues beaucoup plus strictes et qu'elles vont bien au-delà des directives suisses. Il en résulte que même si nous respectons les directives suisses, les sessions de formation continue ne seront plus payées, ce qui met en péril presque tous les cours de formation continue de la chirurgie. Toutes les sociétés de discipline subiront de graves préjudices si les directives EuQuMed devaient être mises en œuvre.

Ch. Ramstein/VEDAG revient à sa question concernant la date de l'élection du futur directeur/de la future directrice de l'ISFM, car il n'a pas encore reçu de réponse claire. Le *président* confirme que le processus est en cours et que la Chambre médicale procédera évidemment à cette élection et qu'elle ne se contentera pas d'entériner une décision prise ailleurs.

Divers

Ignazio Cassis/CC informe sur les décisions prises par le Conseil national. Le blocage de l'accès à la pratique privée (gel des admissions) a été prolongé de deux ans à la grande majorité des voix, mais il ne concerne désormais plus que les spécialistes (à l'exception donc des spécialistes en médecine interne, des pédiatres, des spécialistes en médecine générale et des médecins porteurs du titre de médecin praticien) avec une extension au domaine hospitalier ambulatoire. Les cantons peuvent explicitement poser des conditions à l'admission à pratiquer des spécialistes. Le texte sera traité la semaine prochaine par le Conseil des Etats. Eu égard au résultat du vote, *I. Cassis* ne croit pas que le Conseil des Etats persistera à maintenir des divergences, de sorte que le vote final aura probablement lieu dans 10 jours. Cette nouvelle solution entrera en vigueur le 1er janvier 2010 pour 2 ans.

Franco E. Denti/TI demande si des projets sont en discussion concernant la planification des soins par les cantons. *I. Cassis/CC* répond que les cantons ont uniquement la compétence de poser des conditions face à une personne. Néanmoins, ils pourraient obtenir une certaine compétence pour planifier les besoins dans le domaine hospitalier ambulatoire. Mais pour cela, il faut attendre le vote final.

Plus personne ne demandant la parole, le *président* remercie les délégués de la bonne atmosphère qui a régné lors des débats et clôt la séance de la Chambre médicale ordinaire à 17h15.

Glossaire

AD	Assemblée des délégués
AMDHS	Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse
ASMAC	Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de chlinique
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BMS	Bulletin des médecins suisses
CC	Comité central
CCM	Conférence des sociétés canontales de médecine
CdG	Commission de gestion
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFPC	Commission pour la formation postgraduée et continue
ChM	Chambre médicale
CIMS	Commission interfacultaire médicale suisse
CMO	Case Mix Office
CMPR	Collège de médecine de premier recours
CPI	Commission paritaire d'interprétation
CPT	Commission paritaire tarifaire
CTM	Service central des tarifs médicaux
CTM	Commission des tarifs médicaux
DDQ	Données, démographie et qualité
DMA	Dispensation directe des médicaments par le médecin
DRG	Diagnosis Related Groups
fmCh	Foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
FPPC	Formation prégraduée, postgraduée et continue
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
LPMed	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires
LPP	Loi prévoyance professionnelle
NAKO	Organe de consolidation des données
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PaKoDig	Commission paritaire «Bases de données de la valeur intrinsèque et des unités fonctionnelles»
RBP	Rémunération basée sur les prestations
RE	Réglement d'exécution
sas	santésuisse
SFSM	Swiss Federation of Specialties in Medicine
SSAI	Société suisse d'allergologie et d'immunologie
SSCM	Société suisse de chirurgie de la main
SSCTCV	Société suisse de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
SSGO	Société suisse de gynécologie et d'obstétrique
SSMR	Société médicale de la Suisse romande
SSP	Société suisse de pédiatrie
SSPP	Société suisse de psychiatrie et psychothérapie
VEDAG	Association des sociétés médicales de la Suisse Alémanique