Journée de travail intensive et programme chargé pour les délégués à la Chambre médicale. *Photos: Christoph Kreyden*

Palais des congrès, Bienne, le 27 mai 2010

Procès-verbal de la Chambre médicale ordinaire

Erika Flückiger, responsable des services

Un glossaire des abréviations les plus usitées figure à la page 1048.

Remarque de la rédactrice: pour une meilleure compréhension, le procès-verbal est établi selon la séquence de l'ordre du jour modifié en début de séance.

Salutations, communications, constitution du Bureau

Le *président Jacques de Haller* ouvre la séance ordinaire de la Chambre médicale à 9h35, en constatant que le quorum, fixé à la moitié des délégués ayant droit de vote, est atteint.

Au début de la séance, il évoque le décès de *Hans Heinrich Brunner*, décédé le 11 mai 2010 des suites d'une maladie professionnelle qu'il avait contractée en tant que jeune médecin.

Un éloge funèbre rédigé à sa mémoire par Ludwig T. Heuss paraîtra dans le Bulletin des médecins suisses du 2 juin 2010 (N° 22). Le même jour aura lieu, à l'église de Vitznau, une cérémonie en l'honneur de Hans Heinrich Brunner.

J. de Haller rappelle brièvement quelques moments importants de sa vie:

études de médecine à Bâle et à Zurich, formation postgraduée en médecine interne et en cardiologie à Zurich, ouverture d'un cabinet médical à Lucerne en 1980, co-médecin chef en médecine interne à l'Hôpital de Sursee en 1988, élection au Comité central FMH en 1984, président de la FMH de 1994 à 2004. Les points forts de son activité de politique professionnelle ont été le tarif médical mais aussi des thèmes qui lui semblaient essentiels pour l'avenir de la santé publique, tels que l'analyse des données et des flux de données, l'étude et le développement de systèmes de prestations, de qualité et de soins. Pour terminer, *J. de Haller* cite la fin de l'éloge de L.T. Heuss: «Le corps médical suisse lui doit beaucoup, et si c'était quelque part encore nécessaire, il a toutes les raisons de se réconcilier maintenant avec lui et d'honorer sa mémoire.» A la demande du *président*, les membres présents se lèvent en mémoire de Hans Heinrich Brunner.

Le *président* salue ensuite les hôtes de ce jour: *Roland Schwarz* (président) et *Adrian Sury* (membre) de la Commission de gestion (CdG), *Ludwig T. Heuss*, président du conseil d'administration d'EMH, *Bruno Kesseli*, rédacteur en chef du Bulletin des médecins suisses (BMS), *Peter Geissbühler*, de la fiduciaire von Graffenried SA (organe de contrôle). Reinhard Kunz, directeur de FMH Services, s'est excusé pour son absence à la séance d'aujourd'hui.

Après avoir donné quelques informations organisationnelles, le *président* désigne le Bureau de la séance de ce jour. Celui-ci est constitué du président de la FMH, des deux vice-présidents *Ernst Gähler* et *Ignazio Cassis*, du secrétaire général *Daniel Herzog* et des scrutateurs suivants: *Pierre Vallon/SSPP*, *Felix Brunner/Néphrologie, Roland Oppliger/SSAI*, *Kurt Schreier/SZ*, *Pietro L'Abate/GL*, *Philippe Vuillemin/VD*, *Urs Stoffel/ZH*, *Philippe Munier/SVM*, *Carlos Munoz/ASMAC* et *Christoph Bosshard/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: celui-ci a été complété par deux envois ultérieurs, les 12 et 25 mai 2010.

Une proposition de modification de l'ordre du jour a été déposée. Vu l'actualité brûlante du sujet, *Michel Matter/GE* propose de traiter le point *11/Divers* (discussion sur le thème du managed care) avant les points 9 et 10. *Christoph Bosshard/ASMAC* soutient cette demande.

La *Chambre médicale approuve* la *proposition n° 1* déposée par *M. Matter/GE* concernant le *point n°1 de l'ordre du jour* à une grande majorité, avec 1 opposition et 1 abstention.

Le *président* donne ensuite la parole au *secrétaire général* pour la présentation des nouvelles collaboratrices, engagées depuis la dernière Chambre médicale (10. 12. 2009). Il s'agit, par ordre d'arrivée, de: *Simone Grumbach/service juridique*, qui a succédé à Dania Ischi le 1er janvier 2010, laquelle a pris sa retraite l'année dernière, et de *Pascale Kübler*, qui a commencé à travailler au secrétariat de direction le 1er mars 2010, prenant la succession de Franziska Fuhrer, qui a changé pour l'ISFM.

Rapport annuel du Comité central, de l'ISFM et de la Commission de gestion: exercice 2009

Le rapport annuel du Comité central a paru le 12 mai 2010, pour la première fois comme édition en ligne sur le site web de la FMH www.fmh.ch. Il a aussi été remis en version imprimée aux délégués à la Chambre médicale. Le rapport annuel de l'ISFM a paru le 12 mai 2010 dans le n° 19/20 du BMS. Le rapport de la Commission de gestion est joint aux comptes annuels 2009.

Le *président* donne la parole à Max Giger, président de l'ISFM.

Rapport annuel de l'ISFM

Pour son dernier jour comme membre du CC et président de l'ISFM, *M. Giger* entend compléter le rapport publié en montrant où se trouve aujourd'hui l'ISFM. Lors de la dernière séance du Comité de l'ISFM, le 26 mai dernier, trois objets importants ont encore pu être approuvés: le premier est le nouveau titre de spécialiste commun de médecine interne générale – un grand progrès dans la formation postgraduée du corps médical suisse; le deuxième est l'adoption dans la Réglementation pour la formation postgraduée des objectifs de formation généraux; et le troisième, l'intégration de l'évaluation en milieu de travail dans le cadre de la structuration de la formation. Les priorités de l'ISFM résident dans la relève médicale, la structuration de la formation postgraduée et le renforcement de la formation continue.

Pour *assurer la relève médicale*, il faut principalement soutenir la motivation, permettre des conditions de travail modernes (travail à temps partiel, pas seulement pour les médecins en formation postgraduée, mais aussi pour les médecins adjoints et médecins-chefs) et promouvoir une culture de communication au moyen de l'évaluation en milieu de travail.

La *formation postgraduée* doit de plus en plus être *structurée*, avec des programmes de formation modulaires (le dernier exemple, des plus modernes, d'un tel programme modulaire s'appuyant sur les études de médecine est celui de la médecine interne générale) contenant un catalogue d'objectifs de formation avec une partie générale et une partie spécifique. A cela s'ajoute la tenue d'un logbook par le médecin en formation.

Troisième priorité: le *renforcement de la formation continue*. Les premières discussions à ce sujet ont commencé dans les années 90 et ont abouti à l'introduction de la formation continue obligatoire en Suisse, premier pays à le faire. Il y a environ une année, la Réglementation pour la formation continue a été simplifiée par une répartition en formation continue essentielle et formation continue élargie.

La plate-forme internet de formation continue, qui sera opérationnelle dès juillet 2010, permettra d'améliorer la qualité et de simplifier les tâches administratives pour les médecins soumis à l'obligation de formation continue, les sociétés de spécialistes et les sociétés cantonales. En outre, il faut promouvoir la culture de l'apprentissage en déterminant les besoins individuels et en recourant à des méthodes d'enseignement et à des médias modernes.

En tant que président sortant de l'ISFM, *Max Giger* termine cet aperçu en remettant ces tâches prioritaires entre les mains de son successeur, Werner Bauer, des deux vice-présidents Jean-Pierre Keller et Hans-Rudolf Kölz, et de l'administrateur responsable Christoph Hänggeli. M. Giger saisit l'occasion pour adresser à ce dernier ses plus vifs remerciements. Sans lui, tout le travail fait à l'ISFM ne serait pas possible.

Aucune question n'est posée à propos du rapport de l'ISFM et des informations complémentaires.

Rapport annuel du Comité central

Le *président* rappelle que les délégués à la Chambre médicale ont reçu le rapport annuel sous forme imprimée. *Andreas Girr/ZH* suggère que, désormais, les rapports annuels soient aussi envoyés aux délégués à la Chambre médicale sur le CD-ROM contenant les autres documents de séance. Le *président* accepte volontiers cette suggestion.

Comptes annuels 2009

Comptes annuels de l'IFSM

Le *président* donne la parole à *l'administrateur responsable de l'ISFM, Christoph Hänggeli*. Après les premières discussions (il y a 16 ans) sur la question de rendre indépendant le domaine de la formation médicale postgraduée et continue, la Chambre médicale a donné son aval à cette solution en 2008 et l'a ancrée dans les statuts. L'ISFM est aujourd'hui un organe autonome et indépendant de la FMH dans le domaine de la formation postgraduée et continue, mais il n'est pas une personne morale, étant intégré dans les structures de la FMH. L'ISFM compte près de 250 médecins actifs au sein de ses divers organes et commissions. Le secrétariat de l'ISFM est à leur service et s'occupe de la coordination. Intégré au Secrétariat général de la FMH, il jouit du grand avantage de pouvoir faire appel à tous ses services. L'ISFM doit rendre des comptes directement à la Chambre médicale. Pour cette raison, les comptes 2009 de l'ISFM, qui a fêté son premier anniversaire le 1er avril 2010, sont pour la première fois présentés séparément.

Le bénéfice est de 42921.79 CHF au lieu de la perte budgétisée de 472170 CHF. Quelles sont les raisons d'une si grande différence par rapport au budget 2009? Premièrement, il y a un surplus de recettes dans le cadre de la remise de titres. Il est toujours difficile là de faire des pronostics. Si l'on considère qu'un titre génère 4000 CHF de recettes, alors 100 ou 200 titres décernés en plus peuvent très vite constituer une différence considérable de revenu. Deuxièmement, il y a le projet d'accréditation: voici deux ans, on ne pouvait pas prévoir qu'en 2009, déjà, un demi-million devrait être payé à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Les sources de revenu les plus importantes sont les titres de spécialiste (1250 titres décernés, 5 millions de francs) et les taxes pour visites d'établissement (300000 CHF). Pour ce qui est des charges, qui s'élèvent à plus de 5 millions de francs, elles sont constituées en premier lieu des frais de personnel (2,3 millions de francs), qui comprennent non seulement les salaires des collaborateurs du Secrétariat IFSM, mais également les rémunérations des membres du plénum, du comité et d'autres commissions. Les projets représentent une autre part importante des charges (0,5 million de francs rien que pour les accréditations), de même que les compensations internes, c.-à-d. les heures de travail achetées par l'ISFM aux autres services du Secrétariat général (service juridique, service informatique, etc.), dont le montant s'élève à 1,4 million. L'excédent réalisé sera versé aux réserves de l'ISFM, qui se montent actuellement à près de 5 millions de francs.

A. Girr/ZH constate que nous devons payer un demi-million à l'OFSP pour pouvoir faire son propre travail. *Ch. Hänggeli* confirme cette remarque et rajoute que ce montant s'élèvera même à plus d'un demi-million, car en 2009 seule une première tranche était due; il s'y ajoutera une somme d'au moins 300000 francs en 2010. Malheureusement, il n'y avait pas d'autre choix que d'accepter ce système d'accréditation imposé par la Confédération.

Aucune autre question n'est posée.

Comptes annuels 2009 de la FMH

Daniel Herzog, secrétaire général de la FMH, présente ensuite les comptes annuels 2009 de la FMH; ceux-ci incluent les comptes de l'ISFM qui viennent d'être présentés.

Là également, le résultat de 444000 CHF de bénéfice est bien meilleur que la perte de 359000 CHF prévue au budget. Les raisons en sont le surplus de recettes de l'ISFM, le renvoi de projets et donc l'engagement de personnel non (encore) réalisé et les restitutions lors de ou après l'obtention d'un titre. Pour ces dernières, un pic a été atteint en 2009; elles devraient désormais lentement diminuer. Le bénéfice réalisé sera versé à raison de 401000 CHF au capital propre de la FMH et de 43000 CHF aux réserves de l'ISFM, comme déjà mentionné.

Le *président* invite Roland Schwarz/président de la Commission de gestion (CdG) à présenter le rapport de ladite commission. *R. Schwarz/CdG* indique que la CdG a discuté en détail les comptes annuels 2009 avec l'organe de révision et le Secrétariat général et a constaté qu'ils étaient corrects. Il attire l'attention sur deux points. Premièrement sur les restitutions lors de ou après l'obtention d'un titre – déjà mentionnées par D. Herzog – qui, pour l'instant, sont toujours aussi élevées, mais pour lesquelles on peut s'attendre à ce qu'elles diminuent de moitié, à terme, ce qui abaissera les charges de la FMH d'environ 0,7 million de francs. Deuxièmement, sur le fait important pour la CdG que l'excédent a permis de constituer une provision à hauteur d'un demi-million de francs sur le poste «RP et politique». Sur cette question, la CdG s'est mise d'accord avec le Comité central. Après le financement en 2008 de la campagne «Non au diktat des caisses» au moyen des provisions «RP et politique» et vu les dépenses importantes que généreront les prochaines campagnes politiques, il est capital de renflouer ce fonds. La CdG recommande d'approuver les comptes annuels 2009.

Peter Geissbühler/Fiduciaire von Graffenried SA (organe de contrôle) confirme que l'organe de contrôle a vérifié les comptes annuels 2009 de la FMH, a constaté qu'ils étaient conformes à la loi et aux statuts et recommande leur approbation.

Homayon Chaudhry/ASMAC se réfère à l'aperçu des salaires du Comité central pour 2009 et demande que l'on projette cet aperçu. Le *secrétaire général* déclare alors que cet aperçu confidentiel est exclusivement à disposition des délégués à la Chambre médicale ayant droit de vote. Comme d'autres personnes sont également présentes dans la salle, il n'est pas donné suite à la demande de projection. *H. Chaudhry/ASMAC* aimerait savoir si le président a l'intention de faire valoir ses heures supplémentaires en plus de son salaire. Le *président* assure que ce ne sera pas le cas. Au Secrétariat

général, il y a une comptabilité analytique qui exige que le temps de travail saisi (machine à timbrer) soit comptabilisé sur les comptes de charges correspondants. *Christine Romann/CC* est préoccupée par la santé du président, étant donné le nombre particulièrement élevé de ses heures supplémentaires. Une discussion à ce sujet a eu lieu au CC et on y est d'avis que l'on ne doit pas attendre du président de la FMH qu'il s'engage constamment à 200%. *R. Schwarz/CdG* précise, à propos de l'aperçu des salaires du CC 2009, que les heures supplémentaires se fondaient sur un horaire de travail habituel au Secrétariat général de 41 heures/semaine et que la somme globale des salaires bruts ne comprenait pas les prestations sociales (env. 0,5 million de francs). Le *président* remarque à ce sujet qu'un taux d'occupation de 200% correspond de facto à une semaine de 80 heures, ce qu'il considère comme tout à fait supportable. *Marcel Stampfli/BE* a constaté une augmentation considérable des provisions pour les pensions de retraite et voudrait savoir quelles sont les obligations de la FMH à ce sujet. *R. Schwarz/CdG* explique que ces pensions de retraite sont à considérer comme des indemnités visant à faciliter la réinsertion professionnelle des membres du CC après leur départ. L'année passée, tous les membres du CC ont été mis au bénéfice d'un contrat d'engagement fixe. Désormais, les membres du CC avec un horaire inférieur à 50% (déjà dès 35%) recevront eux aussi une indemnité de départ, dont le montant a toutefois été réduit de manière à conserver quelque peu la neutralité des coûts.

Vincenzo Liguori/TI fait remarquer que les frais de communication, qui s'élevaient encore à un peu plus de 100000 francs en 2006, sont montés à près de 400000 francs en 2009 et il aimerait savoir en quoi ils consistent. Le *secrétaire général*, qui n'a pas les chiffres de 2006 sous la main, promet de lui apporter la réponse. (L'augmentation des frais de communication comprend notamment la mise sur pied d'un monitorage (Politoscope sur myFMH), en collaboration avec une agence externe, ainsi qu'une présence sensiblement plus forte dans les relations publiques.)

Un regard en coulisse: la sonorisation assure la bonne acoustique.

Octroi de la décharge

Aucune autre question n'étant posée à propos des comptes annuels et du rapport de gestion, le *président* invite la Chambre médicale à procéder à un vote sur l'ensemble, à savoir le rapport annuel, les comptes annuels et l'octroi de la décharge. Personne ne s'y oppose.

Décharge au Comité de l'ISFM

Par 139 voix, sans opposition et avec 7 abstentions, la *Chambre médicale approuve* à l'unanimité *le rapport annuel de l'ISFM et les comptes annuels de l'ISFM et donne décharge au Comité de l'ISFM.*

Décharge au Comité central de la FMH

Par 137 voix, sans opposition et avec 11 abstentions, la *Chambre médicale approuve* à l'unanimité *le rapport annuel du Comité central ainsi que les comptes annuels 2009 et donne décharge au Comité central.*

Budget 2011

Approbation des objectifs annuels

Le *président* rappelle tout d'abord les objectifs stratégiques de la FMH pour la période législative 2008–2012, tels qu'ils avaient été approuvés par la Chambre médicale en décembre 2008 (publié sur le site FMH www.fmh.ch). Aujourd'hui, au milieu de cette période, le président montre quels objectifs le Comité central s'est fixés dans 8 domaines pour 2010/2011:

1. *Le corps médical fait entendre sa voix sur les questions de politique de santé.*
   1.2. *La FMH anticipe les thèmes importants de politique de la santé et les développe dans un document de base qui met en évidence ses positions (conceptions de la FMH au sujet du système de santé suisse). Ceci lui permet de se positionner activement en politique.*

   En 2010, le Comité central entend se concentrer sur ce deuxième point. A la mi-juin, le CC se retirera pour une séance en conclave de trois jours, au cours de laquelle il élaborera le document de base susmentionné. Les textes de synthèse, prises de positions et communiqués de presse publiés régulièrement se fonderont sur ce document.

2. *Qualité élevée des soins médicaux.*
   2.2. *La FMH veille à ce que les fonds publics destinés à la santé publique soient utilisés de manière à maintenir, voire à améliorer les performances et la qualité actuelles du système de santé.*

En 2010, le CC tient à se concentrer avant tout sur cet objectif. Les réflexions à cet égard seront en partie reprises dans le document de base qui sera élaboré lors de la séance en conclave de juin. Dans la réalisation de cet objectif, il s'agit également de considérer le projet déjà en cours de monitorage de la qualité («La qualité des prestations médicales doit être visible et mesurable») ainsi que la restructuration du système de santé, notamment le thème du managed care, sujet que la Chambre médicale de ce jour discutera sous le point 11 de l'ordre du jour.

3. *Qualité élevée de la formation professionnelle des médecins.*
   3.1. *La FMH s'engage pour une qualité élevée de la formation professionnelle des médecins et fait tout ce qui est en son pouvoir pour maintenir son influence dans ce domaine.*

M. Giger a déjà présenté les points importants de cette question dans ses compléments au rapport annuel de l'ISFM. Il s'agit, d'une part, de la formation postgraduée structurée et adaptée aux besoins, déjà mise en route, faisant appel au logbook et à l'évaluation en milieu de travail, et d'autre part, de l'élaboration déjà réalisée des fondements pour l'introduction d'une plate-forme de formation continue.

4. *Soutien à la relève professionnelle*
   4.1. *La FMH élabore des mesures différenciées visant à encourager la relève professionnelle.*

Le CC, son vice-président Ignazio Cassis et l'ISFM entendent agir principalement dans ce domaine par des interventions politiques visant à augmenter le nombre de places de formation. En outre, il convient de prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'attractivité de la profession médicale et de ses diverses orientations, y compris – bien entendu – la médecine de famille. Des démarches à cet égard ont déjà été entreprises dans le domaine des tarifs, des conditions de travail et de la qualité de vie, et elles seront poursuivies.

5. *Maintien de la liberté dans les relations médecin-patient*
   5.1. *Consciente de l'importance cruciale de la relation médecin-patient, la FMH s'engage pour que celle-ci puisse se développer et être gérée positivement.*

Dans ce domaine, le CC veut s'engager sur les points essentiels, en élaborant un document de base.

   5.2. *Quel que soit le système en vigueur, la FMH s'oppose à toute régulation intervenant sur la façon de gérer la relation individuelle entre médecin et patient («protection de l'espace thérapeutique»).*

Il s'agit là de prendre, en termes de communication, les mesures nécessaires pour montrer l'importance de la relation médecin-patient et pour la préserver. Cette activité fait partie des tâches du service de communication et elle est en cours.

   5.3. *La FMH combat les restrictions qui pourraient être mises à l'accès aux prestations de santé des personnes socialement et économiquement défavorisées.*

Cela deviendra certainement un point important vers la fin de cette année, lors des discussions sur les mesures devant faire suite à la clause du besoin.

   5.4. *Le libre choix du médecin par le patient doit rester possible. Comme il ne peut être préservé que sous le régime de l'obligation de contracter, la FMH s'engage sans réserve pour le maintien de cette dernière.*

La FMH a déjà pris position de manière claire à ce sujet et elle continuera de le faire, notamment dans les discussions sur la manière de prévoir le managed care.

6. *Entretenir des relations de confiance avec le public*
   6.1. *La FMH veille à la transparence de ses réflexions et de ses actes.*

Cet objectif est concrétisé entre autres par la nouvelle présentation de la FMH sur internet (www.fmh.ch).

7. *Défense des intérêts politico-professionnels des membres*
   7.1. *La FMH connaît et prend en compte les besoins et les demandes de ses membres.*

Les résultats de l'enquête présentée à la Chambre médicale il y a un an ont été évalués et ont été pris en compte dans les différents domaines d'activités du CC (communication, politique, qualité, promotion de la santé et prévention).

   7.2. *La FMH s'investit pour une augmentation du nombre de médecins actifs en politique (à tous les niveaux) et soutient leur engagement.*

En prévision des élections parlementaires de 2011, le CC souhaite cette année mettre l'accent sur ce thème, d'une part en élaborant un concept pour promouvoir la relève politique au sein du corps médical, d'autre part, en tenant à jour la liste des membres actifs sur le plan politique, ce qu'il fait déjà.

   7.3. *La FMH promeut la solidarité entre les groupements de médecins qui la constituent.*

Au sens de mesures visant à aider à la compréhension mutuelle (entretiens, échanges d'idées, etc.), des journées «meet & learn» ont déjà lieu régulièrement pour les responsables de la communication des SCM et des SDM, des rencontres avec les sociétés cantonales de médecine et avec le bureau tarifaire ont débuté, et il ne faut pas oublier le BMS comme plate-forme d'échange d'idées. En outre, le CC se chargera d'élaborer des profils de compétences pour les membres du CC, en vue des élections de 2012.

8. *La FMH s'engage pour une rémunération convenable des prestations médicales.*
   8.2. *La FMH définit des valeurs de référence pour une «rémunération convenable» (par ex. maintien du pouvoir d'achat, revenus équivalents, etc.) des médecins, qu'ils soient indépendants ou employés.*

L'analyse approfondie du revenu des médecins (collaboration entre DDQ et Bureau BASS) et d'autres facteurs importants est déjà en cours.

Thomas Keller/SZ relève que dans sa proposition n° 1 au point 5.1 le CC indique que les documents seraient envoyés ultérieurement, ce qui n'a pas été fait.

Le *président* répond qu'il s'agit d'un malentendu et qu'il n'existe pas d'autres documents hormis les diapositives qui viennent d'être présentées. Th. *Keller/SZ* estime que les délégués devraient pouvoir étudier ce type de documents tranquillement et y réfléchir. Il estime que la présentation a été trop rapide pour qu'il puisse se prononcer et en informer ses membres. Le *président* répond que les objectifs stratégiques sont consultables sur internet depuis plus d'un an et qu'aujourd'hui, il s'agissait uniquement de montrer les principaux objectifs stratégiques sur lesquels se penchera le Comité central pendant la prochaine année de son mandat. L'intervenant se déclare insatisfait de cette réponse et demande qu'à l'avenir, des documents à jour soient joints aux documents de séance. Le *président* propose que la présentation qu'il vient de faire et le procès-verbal de la Chambre médicale soient adressés aux délégués à la Chambre médicale par courriel.

Christian Kind/Société suisse de pédiatrie (SSP) se déclare un peu surpris, au regard des objectifs de l'ISFM, que le financement de la formation postgraduée n'y figure pas. Au vu de l'introduction des DRG en 2012 cela inquiète les hôpitaux. *M. Giger/ISFM* répond que les DRG n'ont qu'une influence secondaire sur le financement de la formation postgraduée; c'est plutôt l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) qui prévoit de détacher le financement de la formation postgraduée du financement des hôpitaux qui pose problème. C'est en connaissance de cause que la FMH a mandaté l'étude Telser/Leukert («Etude sur le financement de la formation postgraduée des médecins»), qui montre les différents modèles de financement de la formation postgraduée au plan international. La proposition des auteurs d'attribuer aux médecins assistants un montant annuel fixe provenant d'un pool central alimenté par diverses sources a été discutée avec la présidence de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), qui a réagi favorablement dans un premier temps. Le sujet est actuellement traité dans le cadre du «Dialogue de la Politique nationale suisse de la santé» (le comité de la CDS, le chef du DFI et les offices concernés se rencontrent trois fois par an pour discuter de sujets ayant trait à la politique de la santé). La première séance de la «Plate-forme Formation professionnelle des médecins» qui aura lieu en septembre abordera la question du financement de la formation postgraduée des médecins. Il ne faudra toutefois pas s'attendre à des résultats avant le printemps 2011. Lors de la dernière séance du comité de l'ISFM, il a été décidé de créer, en collaboration avec H+ et des représentants des cliniques universitaires et des hôpitaux cantonaux, un groupe de travail qui se pencherait plus intensivement sur cette question. *Ch. Kind/SSP* remercie pour ces explications et suggère de faire connaître plus largement ces projets. Il serait en effet plus simple pour les sociétés de discipline médicale de proposer de nouvelles conditions aux établissements de formations si l'on pouvait simultanément leur montrer que la question du financement avance. *M. Giger/ISFM* accepte volontiers cette suggestion et explique que du point de vue de l'ISFM, il faut agir plus vite en ce qui concerne le financement que ce que l'on est en droit d'attendre d'une plate-forme de discussions. Selon lui, il serait profitable à la FMH d'exiger enfin une politique nationale de santé avec des priorités claires.

A. Girr/ZH se réjouit de la présence plus forte de la FMH sur le plan politique et du souhait de celle-ci de jouer un rôle de leader. Il se demande néanmoins comment la FMH compte s'y prendre et suggère de s'inspirer des courriels que santésuisse lui envoie depuis des années. Le *président* répond que la FMH remet chaque semaine à plus de 35 000 personnes, politiciens et assureurs inclus, un exemplaire du Bulletin des médecins suisses. En outre, la FMH informe elle aussi régulièrement les présidents des sociétés des discussions qui auront ou qui ont eu lieu au Parlement, ainsi que sur les prises de position soumises en consultation. Il incombe aux présidents de relayer ces informations. *J. de Haller* estime qu'en matière d'informations, la FMH n'a rien à envier à santésuisse, et ce même s'il considère leurs méthodes de communication comme n'étant pas forcément un modèle à suivre. *A. Girr/ZH* estime que la FMH a un devoir d'informer activement ses membres et l'invite à mettre en place un publipostage. Le *président* accepte la proposition.

Comme il n'y pas d'autres questions sur les objectifs annuels du Comité central, le *président* donne la parole au secrétaire général pour la présentation du budget 2011.

L'accueil en mains féminines.

Budget 2011 de la FMH et fixation des cotisations de base des membres

Daniel Herzog présente d'abord le budget global de la FMH et de l'ISFM, qui doit être adopté par la Chambre médicale. Grâce à la dissolution prévue de provisions constituées en 2009 (voir Comptes annuels 2009) ainsi qu'à une augmentation modérée des charges de personnel (tout juste 3 %) et des dépenses liées à des projets, il a été possible de soumettre un budget équilibré présentant un modeste déficit de 28 000 CHF. Les cotisations de base des membres demeurent inchangées. Les contributions spéciales qui font aujourd'hui l'objet de propositions n'ont pas encore été prises en considération dans le budget. Comme le secrétaire général l'a montré à travers un survol des dix dernières années, les cotisations de membres sont demeurées pratiquement stables depuis 2007.

Budget 2011 de l'ISFM

Ch. Hänggeli/administrateur responsable de l'ISFM présente ensuite le budget de l'ISFM. Avec un bénéfice de CHF 38 000.00, le budget de l'ISFM est, lui aussi, équilibré. La budgétisation des recettes, qui se composent essentiellement des émoluments pour les titres, est comme toujours difficile, car on ignore combien de médecins déposeront une demande de titre. Avant 2002, le nombre moyen de titres octroyé par an était de 800. Le blocage de l'accès à la pratique privée en 2002/2003 a provoqué une véritable ruée sur les titres de spécialiste. On est parti du principe que les octrois de titres diminueraient pour retrouver leur niveau d'avant le gel des admissions, en 2006. La stabilisation attendue aux alentours de 900 titres par an ne s'est pas produite: en 2008 et en 2009, nous avons délivré 1250 titres de spécialiste. Les recettes et les dépenses budgétées sont à peu de choses près identiques à 2009, les taxes demeurent inchangées et restent au niveau qui était le leur au moment de leur introduction, en 2001. Nous devrons par ailleurs réfléchir au financement de la formation continue, car on ne peut payer les coûts d'infrastructure et d'administration de la formation continue par le biais des taxes pour titres. En 2006, nous avons constitué une réserve à hauteur de 1 million de francs en vue de l'accréditation et de divers projets planifiés. En 2009, 200 000 francs ont été dissous de cette provision; les 800 000 francs restants peuvent être utilisés en 2010 et en 2011. Il faut s'attendre à une augmentation des dépenses au cours des prochaines années, notamment pour la finalisation de la plateforme internet de formation continue, le logbook électronique, l'évaluation formative et récapitulative, tandis que d'autres coûts diminueront, comme ceux de l'accréditation et des compensations internes.

Jürg Pfisterer/SSMI est agacé de voir encore apparaître l'ISFM dans le budget de la FMH. Le *secrétaire général* explique que seuls les comptes annuels sont distincts car la Chambre médicale doit se prononcer séparément sur ce point, alors que le budget doit être adopté globalement. *R. Schwarz/CdG* n'est pas très satisfait du budget pour deux motifs: d'abord, le budget 2011 n'est équilibré qu'en raison de la dissolution d'une provision d'un montant de 0,5 million. Il est vrai que, lors de la clôture 2009, une provision pour «RP et politique» a été constituée à hauteur de 0,5 million, mais avec une dissolution deux ans plus tard en 2011, la manœuvre aura été vaine. En politique, les coûts déployés pour des activités soudainement nécessaires (referendum, etc.) dépassent vite le million de francs. En conséquence, il faudrait absolument renforcer le fonds «RP et politique», si possible lors de la clôture 2010.

Le deuxième point qui le préoccupe est le fait que le budget 2011 prévoit une augmentation de 1,1 million environ des frais de personnel, dont 0,7 million de coûts récurrents à porter sur le compte des engagements. Si les coûts récurrents sont financés au moyen d'une dissolution de provision, cela ne posera sans doute aucun problème en 2011, mais cet argent manquera en 2012. Il faut également garder ce point présent à l'esprit.

Le *président* confirme que le Comité central en a discuté avec la CdG et qu'on en tiendra compte lors de l'élaboration du prochain budget, de même qu'on veut aussi garantir que le fonds «RP et politique» suffise à financer une campagne comme celle qui a été menée il y a deux ans, par exemple.

A. Girr/ZH s'achoppe une nouvelle fois au «subventionnement» de l'OFSP, comme il le dit, et *Gabriele Merki/ASMAC* souhaite connaître les bases légales concernant les taxes d'accréditation. *Ch. Hänggeli/administrateur responsable de l'ISFM* répond à A. Girr qu'en comparaison avec les efforts fournis pour pouvoir conserver la formation postgraduée au sein de la FMH, il faut relativiser les coûts élevés d'accréditation. Il confirme à G. Merki qu'il existe une base légale pour les taxes d'accréditation, à savoir l'Ordonnance concernant les professions médicales dans laquelle le Conseil fédéral prévoit le prélèvement de taxes comprises entre 10 000 et 50 000 francs par cursus de formation postgraduée. La FMH a jugé cela grotesque, car elle gère aujourd'hui 43 titres de spécialiste, alors que les chiropraticiens, par exemple, n'en ont qu'un seul. Il n'est pas normal que cette disposition de l'Ordonnance s'applique exactement de la même manière à une société qui n'a qu'un titre et à une autre qui en possède 43. On n'a malheureusement pas été entendu sur ce point et il ne reste plus maintenant qu'à payer les 800 000 francs. Nous n'avons pas le choix.

Aucune autre question n'est posée.

Contribution spéciale NAKO (NewIndex)

Le *président* demande à *Ernst Gähler/CC* d'expliquer la proposition concernant la contribution spéciale NAKO (NewIndex). Les chiffres du NAKO représentent une amélioration importante de nos propres données en vue des négociations tarifaires, et ce aussi bien pour la FMH que pour les sociétés cantonales de médecine et la CCM, que pour les sociétés de discipline médicale. En livrant leurs données aux centres fiduciaires, les médecins bénéficient des statistiques de leur propre cabinet. Celles-ci leur permettent de comparer leur cabinet à celui de leurs collègues et leur fournissent des informations essentielles en termes d'économicité. Le centre national de consolidation des données (NAKO) analyse de manière adéquate les données récoltées anonymement par NewIndex et les prépare en vue des négociations tarifaires. Au cours des années passées, il nous a régulièrement été possible de faire face aux données de santésuisse et d'obtenir certains succès grâce aux données consolidées. Ces chiffres ont été utiles lors de la phase de neutralité des coûts au moment de l'introduction du TARMED ou actuellement lors des négociations LeiKoV en vue de fixer la valeur du point tarifaire aux niveaux cantonal et régional mais aussi pour les indemnités forfaitaires de dérangement en cas de visite, pour les révisions du TARMED ainsi que de la liste des analyses, et, de façon décisive, pour la hausse des indemnités forfaitaires en cas d'urgence. Les conventions NewIndex/NAKO ne permettent pas d'assurer la totalité du financement du NAKO. Aujourd'hui, le nombre des négociations tarifaires augmente et avec lui les exigences envers le NAKO et la demande en données consolidées. Certes, une amélioration des recettes provenant de NewIndex a débouché sur un excédent, mais le nombre croissant de mandats exige la création d'un nouveau poste et oblige à recourir plus fréquemment à des ressources externes. Pour 2011, le besoin accru de financement peut être couvert par une contribution spéciale ad hoc de 36 CHF pour les catégories de membres 1 et 2 (*proposition n° 1 au point 5.3*). L'Assemblée des délégués devra se prononcer, dans les mois à venir, sur l'intégration de cette contribution spéciale dans la cotisation de base et prendre une décision d'ici la prochaine séance ordinaire de la Chambre médicale, au plus tard.

Bernhard A. Sorg/ZH plaide pour l'acceptation de la contribution spéciale, parce qu'elle est destinée à financer des tâches très utiles au quotidien du cabinet et qu'elle va aussi dans le sens des efforts d'E. Gähler/CC visant à éviter chaque année de nouvelles baisses de revenu.

EMH: contribution de soutien

Pour ce point de l'ordre du jour, le *président* accueille le président du conseil d'administration des éditions EMH, *Ludwig T. Heuss,* et commence en rappelant brièvement l'histoire des EMH. La FMH et la maison d'édition Schwabe sont respectivement propriétaires de la maison d'édition à hauteur de 55 % et 45 %. Les délégués de la FMH au sein du conseil d'administration d'EMH sont Ludwig T. Heuss (PCA), Hans Kurt et Jean Martin.

L'activité centrale des EMH repose sur trois piliers, découlant des buts statutaires de la FMH: le Bulletin des médecins suisses (BMS) traite de la politique de la santé, le Swiss Medical Forum (SMF) de la formation professionnelle et le Swiss Medical Weekly (SMW) de la recherche scientifique. La FMH dispose ainsi d'outils de communication autonomes, les trois publications sont régies par des principes éthiques très stricts et leurs rédactions sont totalement indépendantes. Comme cela a déjà été montré lors de la Chambre médicale extraordinaire du 10 décembre 2009, les recettes publicitaires, au moyen desquelles sont financées ces publications, se sont effondrées depuis 2008 en raison, d'une part, de la crise financière, et, d'autre part, d'un changement fondamental de stratégie publicitaire de l'industrie pharmaceutique. Les deux phénomènes ont pour conséquence qu'un nombre sensi-

blement inférieur d'annonces paraissent dans les trois publications. C'est pourquoi la Chambre médicale a décidé, en décembre 2009, d'une taxe d'abonnement de 30 CHF par membre pour 2010, à l'exception des membres de la catégorie 4 (médecins en formation postgraduée), et elle a chargé le Comité central «*d'adapter d'ici la Chambre médicale de mai 2010, conjointement avec les EMH, le modèle d'entreprise des EMH aux conditions actuelles et futures et d'élaborer un concept pour un financement durable, garantissant l'indépendance et la qualité de ces publications importantes pour l'ensemble du corps médical*». A mi-mars et au début avril, les éditions EMH ont répondu aux questions concrètes de la FMH: EMH considèrent une collaboration plus étroite avec Médecine&Hygiène, respectivement avec la Revue Médicale Suisse, comme la mesure la plus importante à même de compléter la palette d'offres existante et de générer une marge de couverture aux publications. A la question des coûts de production globaux et respectifs des trois publications, les EMH ont répondu que les trois produits devaient être considérés globalement et qu'on ne pouvait les évaluer les uns par rapport aux autres. L'abandon de l'un des trois titres risquerait d'entraîner des pertes supplémentaires de recettes publicitaires et de ne pas apporter d'amélioration financière notable aux EMH. Le BMS est bénéficiaire, le Swiss Medical Forum et le Swiss Medical Weekly sont déficitaires. Les éditions EMH sont d'avis qu'un abonnement annuel de l'ordre de 100 CHF à 150 CHF serait souhaitable et ne serait pas exagéré compte tenu de la valeur des prestations fournies.

Le mandat de la Chambre médicale de décembre 2009 n'ayant pu, principalement pour des raisons de temps, être achevé, le *président*, en complément de la proposition du Comité central n°1 au point 5.4 de l'ordre du jour (stipulant entre autres: après avoir consulté l'AD, le Comité central se voit attribuer la compétence de percevoir à nouveau une taxe d'abonnement maximale de 30 CHF pour 2011 auprès de toutes les catégories de membres, à l'exception de la catégorie de cotisation 4), demande à la Chambre médicale de «*donner mandat au CC de poursuivre les démarches en cours, dans le sens de la décision de la Chambre médicale de décembre 2009, de réévaluer les coûts de production et des ressources publicitaires, d'évaluer les structures de l'entreprise et les compétences et les flux financiers, et de (re) définir les besoins en établissant un business plan à moyen et long termes. De plus, le CC est chargé de constituer un groupe de travail représentatif (CC, organisations faîtières régionales, ASMAC, EMH, Schwabe, M&H).*» Le *président* propose un calendrier précis des travaux.

Ch. Ramstein/VEDAG regrette que la proposition du VEDAG à la Chambre médicale du 10 décembre 2009 n'ait pas été retenue, elle visait un modèle d'entreprise alors que le président ne parle plus aujourd'hui que d'un modèle de financement, et que le calendrier des travaux présenté n'ait pas été soumis préalablement aux délégués.

Tandis qu' *A. Sury/CdG* souhaiterait mettre un terme au feuilleton EMH et plaide pour une reprise du BMS directement à Berne, *Guido Robotti/TI* pense qu'au vu des possibilités d'information nouvelles et diverses d'aujourd'hui, c'est tout le concept de communication avec le corps médical qui doit être fondamentalement repensé.

Ludwig T. Heuss/PCA EMH répond que le point central est un financement durable. Sans vouloir décrier les médias électroniques, le financement est avant tout assuré par la publicité. Du reste, l'effondrement de la publicité n'affecte pas seulement les éditions EMH, loin de là, mais également d'autres produits très renommés de la presse écrite. Il faut pouvoir compter sur un financement durable et disposer de fondements solides et fiables. On ne doit pas dépendre entièrement des recettes publicitaires et la question fondamentale se pose de savoir si le corps médical peut se permettre, à terme, de financer toute son information grâce à l'industrie pharmaceutique.

B. Sorg/ZH n'est pas prêt à payer une fois encore 30 francs. Ce n'est pas la tâche de la FMH de subventionner des revues qui ne sont pas nécessaires et il demande que l'on abandonne les revues SMF et SMW à la fin de l'année.

Marc Müller/CMPR, ne partage pas du tout l'avis de l'intervenant précédent et s'étonne que l'utilité des publications n'ait jamais été mise en question tant qu'elles étaient gratuites. Il convient enfin de faire son deuil de l'idée que quelque chose de gratuit puisse exister dans ce monde. Il se dit convaincu que nous avons besoin des trois publications et que si nous voulons des produits de presse écrite de bonne qualité et indépendants, il faut aussi payer des taxes d'abonnement. *Hans-Anton Vogel/AI-AR* souhaiterait d'abord un concept d'où ressorte l'importance que revêt pour nous l'information. Ce n'est qu'ensuite qu'on pourra discuter de financement. *G. Merki/ASMAC* recherche ses informations concernant la formation continue dans les publications (gratuites) de sa société de discipline et surtout dans des publications de langue anglaise. *V. Liguori/TI* demande un «business plan» clair et l'examen de toutes les formes de publication (support papier, internet, etc.). Le Tessin a déjà acquis beaucoup d'expérience dans ce domaine. *L.T. Heuss/PCA EMH* souligne qu'il est évident que les éditions EMH disposent d'un «business plan» clair. Il serait heureux qu'ensemble on puisse discuter de ces nombreux points autour d'une table.

La parole n'étant plus demandée, le *président* clôt la discussion et invite la Chambre médicale à voter les différentes propositions.

La proposition n° 1 du CC au point 5.1 de l'ordre du jour/objectifs annuels est *approuvée par la Chambre médicale* à une large majorité, avec 2 non et 12 abstentions.

La Chambre médicale adopte à l'unanimité, par 143 voix et 10 abstentions, *la proposition n° 1 du CC au point 5.2 de l'ordre du jour/budget 2011 de la FMH et*

fixation des cotisations 2011 (aperçu des cotisations des membres 2011, voir tableau 1).

Puis *les délégués de la Chambre médicale adoptent*, également à l'unanimité, par 139 voix et 9 abstentions, *la proposition du CC n° 1 au point 5.3 de l'ordre du jour / contribution spéciale NAKO* (35 CHF pour les catégories de membres 1 et 2).

Et enfin, *la Chambre médicale accepte* également *la proposition n° 1 du CC au point 5.4 de l'ordre du jour/ contribution spéciale EMH et suite de la procédure,* telle que présentée et discutée, par 70 oui, 54 non et 34 abstentions.

Elections au Comité central

Malgré l'heure avancée, le *président* souhaite procéder au premier tour de l'élection avant le repas, de telle sorte que le décompte des voix puisse être effectué durant la pause de midi.

Suite au départ de Max Giger et de Marie-Christine Peter, deux sièges sont à pourvoir au sein du Comité central. Trois candidats se sont présentés, par ordre alphabétique *Jean-Baptiste OLLYO* (absent), *Lausanne, Remo OSTERWALDER, Delémont,* et *Gert PRINTZEN, Lucerne* (tous deux membres de la Chambre médicale et présents).

Les candidats présents auront la possibilité de prendre brièvement la parole pour se présenter aux délégués de la Chambre médicale; quant au candidat absent, J.-B. Ollyo, le *président* renvoie à sa présentation dans le BMS n° 19/20.

J. Pfisterer/SSMI est surpris et se demande pourquoi deux sièges sont à pourvoir car M. Giger se retire en tant que président de l'ISFM, qui est une organisation indépendante. Le *président* rappelle que, lors des élections générales en 2008, le nombre de membres du CC a été fixé à 9 pour la législature 2008–2012. *C. Romann/ CC* ajoute qu'au vu des nombreuses heures supplémentaires effectuées, les deux sièges sont nécessaires indépendamment du fait que les tâches relevant de l'ISFM ne seront plus représentées au CC après le départ de M. Giger. Le CC envisage, en outre, une nouvelle répartition des tâches au sein du CC.

Ch. Ramstein/VEDAG demande la parole afin de présenter la *proposition n° 1 au point 6 de l'ordre du jour* déposé par le VEDAG, la SMSR et l'OMCT. Les présidents des sociétés médicales cantonales regroupées en sociétés médicales régionales ont discuté ensemble de la manière dont devraient se dérouler les élections actuelles afin de servir au mieux les intérêts du corps médical. Deux nouveaux membres du CC au maximum doivent être élus aujourd'hui, au sens d'une solution transitoire jusqu'aux élections générales de 2012. D'autre part, l'Assemblée des délégués doit recevoir le mandat de créer un groupe de travail chargé de mettre au point les éléments des modèles de direction non encore mis en œuvre à ce jour, à savoir des profils de compétences pour les membres du CC, une réglementation du CC pour les domaines, et les cahiers des charges pour chaque domaine respectif. Il incombera à l'Assemblée des délégués du 23 juin 2010 d'élire ce groupe de travail. Les documents que celui-ci aura élaborés au sujet des trois points encore à réaliser devront être soumis pour approbation à la Chambre médicale ordinaire de 2011. Lors des élections générales 2012, il conviendra d'élire les nouveaux membres selon les critères des nouveaux modèles de direction, dont l'objectif central est de séparer le volet stratégique des activités opérationnelles et d'alléger ainsi la tâche du CC. Au nom des présidents des trois sociétés régionales, l'intervenant déclare au sujet de R. Osterwalder et de G. Printzen que ce sont des candidats parfaitement valables qui peuvent être élus aujourd'hui.

C. Romann/CC confirme qu'après en avoir discuté avec Peter Wiedersheim/SG le CC a décidé de donner suite à sa demande telle qu'elle vient d'être exposée, bien évidemment en collaboration avec l'AD. Dans ce sens, le Comité central ne peut que saluer la présente proposition.

Le *président* met au vote la *proposition n°1 au point 6 de l'ordre du jour* soumise conjointement par le VEDAG, la SMSR et l'OMCT.

La Chambre médicale *adopte* cette proposition à l'unanimité, avec 4 abstentions.

Puis les deux candidats présents, *R. Osterwalder/JU* et *G. Printzen/ASMAC*, prennent brièvement la parole pour se présenter. Aucune question ne leur est posée par la Chambre médicale et les délégués n'ont aucune question ni remarque une fois que les deux candidats ont quitté la salle.

Le *président* passe donc au vote et prie les délégués de remplir leur bulletin. *C. Romann/CC* demande la parole pour une déclaration personnelle: indépendamment du fait que les deux candidats lui paraissent bons et qu'elle les recommande volontiers au vote, elle souhaite tout de même lancer un appel aux organisations de base afin qu'elles fassent des efforts en vue de renforcer la représentation des femmes au CC.

Le *président* demande aux scrutateurs de récolter les bulletins de vote et interrompt la séance de la Chambre médicale, à 12h45, pour la pause de midi.

Le *président* rouvre les débats, à 13h35, en proclamant les résultats du premier tour de scrutin de l'élection au CC:

Tableau 1
Cotisations de base des membres 2011.

Catégorie de cotisation	Désignation	Montant CHF
1	Médecins en pratique privée	660
2	Médecins salariés exerçant une fonction dirigeante	660
3	Médecins salariés exerçant une fonction non dirigeante	330
4	Médecins en formation postgraduée en vue de l'obtention d'un titre fédéral de spécialiste	330
5	Médecins domiciliés et exerçant à l'étranger	165
6	Membres temporairement sans activité médicale	165

Bulletins comptés: 155, dont 151 valables; 1 non valable; 3 abstentions. La majorité absolue étant de 78 voix, sont élus: Gert Printzen avec 123 voix, Remo Osterwalder avec 116 voix. Le candidat J.-B. Ollyo recueille 12 voix.

Sous les applaudissements de la Chambre médicale, le *président* félicite les deux nouveaux membres du CC.

A l'issue de l'élection, le *président* et *Ernst Gähler* prennent respectivement congé des deux membres sortants du CC, Max Giger et Marie-Christine Peter.

Trois ans à peine après l'ouverture de son cabinet de médecine interne et de gastroentérologie, à Winterthour, Max Giger a été proposé comme candidat par le VEDAG, puis élu, le 12 novembre 1987, au Comité central, alors que le nombre de ses membres venait d'être porté à 11. Durant les 23 dernières années, il a assumé d'innombrables tâches et s'est dévoué corps et âme pour le corps médical. La préparation et l'autonomisation de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) sont sans conteste le point fort de son travail accompli pour la FMH. Au nom du CC et du corps médical, le *président* remercie Max Giger, membre sortant du CC et président de l'ISFM, de son grand travail au service et au profit du corps médical. Les délégués lui expriment leur gratitude par des applaudissements chaleureux et prolongés.

Pour sa part, Max Giger remercie pour ces propos amicaux, puis il revient sur quelques sujets importants qui ont marqué son activité, et il prend congé des délégués en leur adressant ses vœux, non sans avoir encore exprimé ses vifs remerciements à ses plus proches collaboratrices du Secrétariat général et à Christoph Hänggeli, administrateur responsable de l'ISFM, pour leur soutien.

Marie-Christine Peter a été élue au CC en 1997 comme déléguée de la SMSR. Adepte de la discrétion, elle s'est toujours distinguée par sa grande loyauté et la confiance qu'on pouvait lui accorder. Aux côtés d'E. Gähler, dans le domaine Tarifs et conventions, elle s'est consacrée avec beaucoup d'engagement aux travaux de la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) et a représenté la FMH dans les commissions tarifaires paritaires CPI, CPT, CPC-LAA; elle était également un lien important entre le CC et les groupements de médecins les plus divers, et en particulier la SMSR. *E. Gähler* se dit heureux que le domaine Tarifs et conventions puisse, à l'avenir aussi, compter sur Marie-Christine Peter, il lui adresse de sincères remerciements et des vœux chaleureux. Elle aussi est vivement applaudie par les délégués.

Le *président* passe ensuite au prochain point de l'ordre du jour:

Les deux nouveaux membres du Comité central fraîchement élus: le Dr Remo Osterwalder (à gauche) et le Dr Gert Printzen.

Confirmation des membres élus à l'Assemblée des délégués

Les délégués sont en possession de la liste des candidats.

En qualité de *délégué ordinaire du Collège de médecine de premier recours (CMPR)* est proposé: *Jürg Pfisterer, Affoltern a. A.,* en remplacement de Werner Bauer, Küsnacht.

En qualité de *déléguée suppléante* pour les *femmes médecins (mws)*: *Gabriele S. Merki, Untersiggenthal* en remplacement de Marianne Laifer, Bâle, ainsi que pour la *FMCH*: *Ralph Alexander Schmid, Berne,* pour occuper un siège jusqu'ici vacant.

La Chambre médicale *confirme* les membres proposés à l'unanimité, moins une abstention.

Modifications des statuts et du Règlement d'exécution

Mise à jour des statuts et du Règlement d'exécution (délimitation FMH-ISFM suite à l'autonomisation «light»)

Le *président* donne la parole à *Hanspeter Kuhn/secrétaire général adjoint.* Ce dernier commence par expliquer que la réglementation proposée figure déjà depuis un an dans le Règlement de l'ISFM et qu'elle doit être reprise maintenant dans les statuts de la FMH et le Règlement d'exécution. Il énumère ensuite les modifications point par point. *M. Giger/ISFM* a déposé une proposition visant à compléter l'art. 29, al. 1, des statuts de la FMH. Hormis le *président* et *l'administrateur responsable* nouvellement proposés, les vice-présidents doivent également pouvoir prendre part aux séances de la Chambre médicale avec voix consultative. Personne ne formule d'opposition à la proposition ni ne demande la parole.

Hp. Kuhn rappelle qu'il faut une majorité des ⅔ pour pouvoir modifier les statuts, contre une majorité simple pour les mises à jour du Règlement d'exécution.

Le *président* invite tout d'abord les délégués à voter la proposition de *M. Giger/ISFM n° 2 au point n° 8.1.* La Chambre médicale *approuve* les modifications propo-

Ensemble, ils cumulent 36 ans au service de la FMH: la Chambre médicale prend congé de Madame le Dr Marie-Christine Peter-Gattlen et du Dr Max Giger du Comité central.

sées à l'art. 29, al. 1, des statuts de la FMH à l'unanimité par 143 voix et une abstention. La majorité des ⅔ exigée est ainsi atteinte.

Ensuite, la Chambre médicale *approuve* également à l'unanimité avec 143 voix, sans opposition ni abstention, les modifications proposées par le Comité central dans sa *proposition n°1 au point n° 8.1*. Là aussi, la majorité des ⅔ exigée est atteinte.

8.2 Répartition des sièges à la Chambre médicale

En réponse à la proposition de Hans Kurt de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie approuvée par la Chambre médicale en 2009, cette dernière doit aujourd'hui se prononcer sur une proposition de modification de l'art. 6 du Règlement d'exécution. Lors de la séance de la Chambre médicale en 2009, la SSPP (comme d'ailleurs la Société suisse de gynécologie) avait perdu un siège suite à la reconnaissance de deux nouvelles sociétés de discipline médicale en décembre 2008 et au recomptage nécessaire du nombre de sièges.

La nouvelle réglementation proposée à l'art. 6, al. 2, RE, est la suivante: *«Lors de la création ou de la suppression d'un titre de spécialiste, la FMH procède à un nouveau calcul de la répartition des sièges en dehors du rythme d'élection habituel de quatre ans, conformément à l'alinéa 1, en se fondant sur un nouveau recensement des membres à prendre en compte dans toutes les sociétés de discipline médicale.»*

Comme la parole n'est pas demandée, le *président* invite les délégués à voter cette proposition. La proposition du *CC n°1 au point n° 8.2* est approuvée par 138 voix et 8 abstentions. Pour les mises à jour du Règlement d'exécution, la majorité simple est suffisante.

Conformément à l'ordre du jour modifié et accepté en début de séance, on passe au point n°11/ Divers.

Divers

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet de quatre propositions au total. Le président précise que la Chambre médicale peut discuter de tout ce qu'elle souhaite porter à son ordre du jour, mais que c'est à l'Assemblée des délégués qu'appartient cependant la compétence décisionnelle en matière de politique de la FMH. Les discussions et décisions de la Chambre médicale seront ainsi transmises sous forme de résolutions à l'Assemblée des délégués. Celle-ci traitera du managed care lors de sa prochaine séance, le 23 juin 2010. Ce qui sera discuté et décidé aujourd'hui n'aura, en conséquence, pas un véritable caractère de décision, mais sera exposé en tant qu'avis de la Chambre médicale à l'Assemblée des délégués, laquelle prendra ensuite des décisions en vertu de sa compétence.

Après cette introduction, le président donne la parole à *Pierre Vallon/SSPP* pour *la proposition n° 1 au point n° 11 de l'ordre du jour.* Le requérant souhaiterait que *la FMH s'engage à promouvoir auprès du Conseil fédéral et du Parlement un aménagement facilitant l'accès aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires, quel que soit le système d'assurance (managed care ou traditionnel)*. Il se fonde à ce propos sur une résolution dans ce sens prise par l'Assemblée des délégués, en novembre 2009, et craint maintenant, au vu des tendances manifestées par les commissions de la santé du Conseil national et du Conseil des Etats, que soit introduit dans la LAMal un système d'assurance dual avec encouragement du managed care et de la coresponsabilité budgétaire des médecins. Ces derniers pourraient se voir contraints de rationner les traitements. Cela aggraverait le risque de pratiquer des coupes d'abord dans les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques. Les assurés conservent certes la (pseudo-) liberté de demeurer dans le modèle tradi-

tionnel, mais les incitations financières sont ainsi conçues que les patients moins aisés, catégorie à laquelle appartiennent beaucoup de patients psychiatriques, seraient contraints d'adhérer à un modèle de managed care. Une solution pourrait être de renoncer à la quote-part et à la franchise minimale dans les modèles de managed care. Le maintien de la quote-part de 10% dans les modèles d'assurance traditionnels correspondrait au statu quo; on éviterait ainsi de devoir introduire des dispositions légales d'exception pour les psychiatres, les gynécologues, les ophtalmologues et autres, tout en permettant au patient psychiatrique d'accéder à un traitement qui ne le stigmatiserait pas par surcroît.

Cette proposition donne lieu à des discussions animées. *H.-A. Vogel/AI-AR* souhaiterait que les psychiatres soient considérés comme des médecins de premier recours, à quoi *P. Vallon/SSPP* répond que dans un tel cas se pose immédiatement la question de savoir comment les psychiatres assureraient le service d'urgence. *Hans-Jakob Riedtmann/ZH* soutient la demande du requérant, souligne toutefois qu'il ne s'agit pas ici d'un problème de psychiatre mais de médecin spécialiste. Pour les cas simples, tous les médecins appliquent le même tarif, il ne résulte donc aucune économie du fait que le patient avec un genou mal en point se rende directement chez le chirurgien plutôt que de passer d'abord chez son médecin de famille. Pour les cas complexes, le patient finit toujours par arriver chez le spécialiste. Le projet managed care tente d'enfoncer un coin entre les médecins de premier recours et les spécialistes, il n'engendre aucune économie et vise une nouvelle fois à transférer les coûts sur le budget des ménages privés. Il soutient par conséquent résolument la solution préconisée par le requérant.

Ch. Bosshard/ASMAC voit dans la coresponsabilité budgétaire une source de grandes difficultés aussi dans la relation médecin-patient, en particulier quand le patient se demande si le médecin traitant ne lui recommande pas tel traitement pour des raisons de coût uniquement ou bien si cela est justifié par une indication médicale.

Georg Angele/ZH appuie l'exigence des psychiatres quant à un accès le plus aisé possible pour les patients souffrant de maladies psychiatriques. Le réseau de médecins de famille auquel il appartient depuis 14 ans a associé les psychiatres en 1996 et il a élaboré avec eux un projet de concept pour le gatekeeping ambulatoire. Il est donc tout à fait possible de régler de conserve avec les psychiatres les soins intégrés au profit du patient et du système. Le projet existe, il a été élaboré par les médecins de famille, les caisses et les psychiatres. Les psychiatres le soutiennent encore aujourd'hui, et s'il n'a malheureusement pas pu être mis en pratique c'est parce que les règlements des caisses ne le permettent pas.

Jörg Fritschi/medswiss.net fait remarquer à tous les spécialistes que le managed care n'a pas pour but d'écarter les spécialistes, mais bien d'éviter des hospitalisations plus coûteuses grâce à un traitement ambulatoire intelligent en collaboration avec les spécialistes. *P. Vallon/SSPP* ajoute que dans les petites villes comme Yverdon ou Orbe, le réseau qui s'est mis en place naturellement fonctionne parfaitement. Personnellement, il a quotidiennement de très bons contacts avec des confrères de la médecine somatique qui lui adressent des patients et il est aussi persuadé qu'ils agiraient de la même façon s'il n'appartenait pas à un réseau de soins intégrés. Le problème se pose de manière sensiblement plus aiguë dans les grandes agglomérations, où on a l'impression que cette forme de réseaux mis en place naturellement s'est perdue. Ce qui a disparu ne peut être remplacé par un réseau imposé. Il craint aussi que les politiciens soient maintenant hypnotisés par le managed care et le considèrent comme le seul moyen de remédier à l'augmentation des coûts de la santé. Le managed care permet d'améliorer la qualité et la communication et aussi d'éviter des traitements inutiles, mais il n'apporte rien sur le plan financier.

J. de Haller souligne l'importance de positionner le modèle managed care avant tout comme une mesure visant à améliorer la qualité et ensuite seulement comme une mesure économique. Le managed care coûte sans aucun doute moins cher, mais l'objectif premier demeure la coordination des traitements. Il constate que l'on discute maintenant aussi bien de problèmes de la psychiatrie que de l'ensemble de la très vaste question du managed care, au sujet de laquelle la Chambre médicale a pris position, il y a trois ans et demi, en élaborant ses Thèses. Celles-ci ont joué un rôle important lors de l'élaboration du projet de loi actuel. Il s'agit aujourd'hui de la forme à donner au managed care. Le projet de loi va être soumis au Parlement et il convient de se demander s'il y a lieu de changer quelque chose par rapport à ces Thèses. Les psychiatres ont déposé une proposition, les ophtalmologues vont faire de même – tous veulent subitement devenir médecins de premier recours. Quelle importance cela a-t-il sur le plan politique? Il ne sera pas possible de dire que nous sommes en faveur du managed care à la condition que tous aient accès à tout. Car cela n'a plus rien à voir avec le managed care. L'AD de juin devra traiter ces difficiles questions politiques. La FMH devra préciser sa position. Il y a trois ans et demi, avec ses Thèses, la FMH s'est prononcée favorablement au sujet du managed care, elle s'est engagée et a obtenu des résultats pour le moins positifs. Elle doit maintenant affiner sa position en vue des débats parlementaires à venir. A propos du Parlement, *Ignazio Cassis/vice-président,* a quelques informations pour la Chambre médicale. Le *président* lui donne la parole.

I. Cassis rappelle d'abord que la FMH a pris note de la position des psychiatres et qu'elle l'a communiquée par écrit à chaque parlementaire en vue des débats de la session de printemps.

Il revient ensuite sur la question, soulevée au cours de la discussion qui a précédé, de savoir s'il faut intro-

duire dans l'assurance de base un système plus coûteux et un système meilleur marché. Une majorité politique – plus précisément, la gauche et la droite – pense que le managed care est pour l'assurance sociale de base la seule voie possible. Le Parlement a considéré que le statu quo n'était plus acceptable, vu l'augmentation constante des coûts de la santé, et que quelque chose devait être changé. Première réflexion: dans l'assurance sociale de base, ce qui signifie médecine sociale, il ne peut y avoir libre choix du médecin. Dans aucune assurance sociale, les assurés jouissent d'une liberté de choix totale – jusqu'ici, cela a constitué une exception dans notre système de santé. Deuxième réflexion: la médecine du futur devient de plus en plus complexe et de plus en plus interdisciplinaire. Les patients ont de plus en plus de mal a s'y retrouver en tant que patients, raison pour laquelle un pilotage, une coordination est nécessaire à leur niveau. C'est au sein des réseaux de soins intégrés que cela est le mieux garanti. Alors que de nombreux médecins de famille installés à la campagne assurent encore cette coordination, celle-ci disparaît de plus en plus dans les agglomérations urbaines et le patient se retrouve très souvent livré à lui-même. Vingt années d'expérience de réseaux de médecins, et même plus dans certains cas, montrent que le patient est entre de bonnes mains dans ces systèmes, qu'il bénéficie d'une qualité supérieure, que moins de choses inutiles sont effectuées. C'est cela qui a convaincu les politiques. Le Parlement a, toutefois, considéré qu'une assurance de base obligeant au managed care pour tous n'aurait aucune chance. La population suisse doit pouvoir choisir. Si quelqu'un souhaite davantage, il doit alors en assumer le coût. D'ailleurs, les médecins aussi doivent pouvoir choisir librement. Seuls les assureurs seront obligés d'offrir au moins un modèle de soins intégrés. Actuellement, il n'y a pas de solution en vue pour le cas où un canton ne connaîtrait pas de modèle de soins intégrés, du fait que, par exemple, les médecins n'en voudraient pas et que les assureurs y sont obligés. On espère que, grâce aux incitations financières, la part actuelle de 25% d'assurés dans des réseaux de soins intégrés passe à 50–75% et que cette forme de soins sera offerte sur tout le territoire. On espère en outre, par ce moyen, si ce n'est faire baisser les coûts, au moins freiner leur progression.

Quant à la question de savoir si les psychiatres, les gynécologues, les ophtalmologues, etc. doivent avoir accès aux modèles de managed care, la loi ne dit rien à ce propos. A vrai dire, la discussion politique sur ce point a été quelque peu confuse, car deux modifications législatives étaient traitées en parallèle, d'un côté le managed care, de l'autre les mesures urgentes visant à freiner les coûts, c'est-à-dire la taxe de consultation. Les mesures urgentes projetées prévoyaient effectivement des participations aux coûts différenciées en fonction de la qualification du médecin: médecins de premier recours 10%, tous les autres 20%. On ne parle actuellement plus du tout de cela. Aujourd'hui, on parle de managed care; le libellé du projet de loi ne fait aucune mention des médecins de premier recours ou des spécialistes.

L'art. 41c, al. 1 définit simplement ce qu'on entend par réseau de soins intégrés, à savoir: *«Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble, dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux, constitue un réseau de soins intégrés. Dans un réseau de soins intégrés, le processus thérapeutique des assurés est piloté tout au long de la chaîne thérapeutique. Le réseau de soins intégrés doit offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.»* On ne dit pas du tout qui doivent être ces fournisseurs de prestations. Chaque réseau décide lui-même quels médecins en font partie.

L'al. 2 de l'art. 41c précise: *«Les assureurs concluent, avec le réseau de soins intégrés, un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations.» Et: «Dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, des prestations sortant du cadre de celles qui sont obligatoires selon la loi peuvent être prévues en dérogation de l'art. 34, al. 1.»*

L'échange de données, la qualité et la rémunération sont donc des éléments essentiels qui doivent être négociés entre le réseau et les assureurs. Et le catalogue des prestations peut s'étendre au-delà de ce qui est aujourd'hui payé dans le cadre de la LAMal.

L'al. 3 de l'art. 41c exige: *«Le réseau de soins intégrés choisit, pour son organisation, une forme juridique garantissant le respect des conditions contractuelles conclues avec l'assureur.»* Le réseau peut donc être une S.A, une S.à.r.l., une fondation ou une association. A *l'al. 4 de l'art. 41c* il est ensuite question de la coresponsabilité budgétaire: *«Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière pour la couverture en soins médicaux des assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (coresponsabilité budgétaire).»* Assureurs et médecins définissent ensemble les objectifs budgétaires qu'ils veulent atteindre et contrôlent en fin d'année dans quelle mesure les objectifs ont été atteints. Ni plus ni moins.

L'al. 5 de l'art. 41c définit le rôle subsidiaire de l'Etat: *«Le Conseil fédéral peut fixer des exigences concernant la **qualité** nécessaire des réseaux de soins intégrés et l'étendue de la **coresponsabilité budgétaire**.»* Les organisations de soins et les assureurs-maladie possèdent une grande marge de manœuvre. Mais si, après un certain temps, une solution n'est pas trouvée pour ce qui concerne la qualité et la coresponsabilité budgétaire, le Conseil fédéral peut intervenir en cas de problème. Le conseiller fédéral Burkhalter l'a dit clairement, il n'est pas dans l'intention première du Conseil fédéral d'édicter des normes dans ce domaine.

Voilà en quoi consiste le projet de loi concernant le managed care, sur lequel le Parlement est appelé à se prononcer. *I. Cassis* souligne ce que le président vient de dire et qui a été discuté de la même manière au Parlement aussi: le managed care, c'est en premier lieu un gain de qualité et de coordination, avant d'être une

question de coûts. Il ne comprend donc pas que certains craignent que les moins bien lotis ne puissent plus se payer une bonne médecine, ce qui signifierait qu'il n'y aurait plus de bonne médecine qu'à l'extérieur des réseaux de soins intégrés. C'est exactement le contraire qu'on cherche avec le managed care. A ce propos, il reste beaucoup à informer et à expliquer afin d'éliminer tout malentendu. En réponse à une question de *P. Vallon/SSPP, I. Cassis* montre un aperçu des trois formes d'assurance pour les soins ambulatoires, qui existeront si le projet de loi est accepté en l'état. Ce sont les «réseaux de soins intégrés (art. 41c)», les «autres formes d'assurance (art. 41b, al. 2)» et l'«assurance de base actuelle». Le montant maximal de la quote-part (P. Vallon parle dans sa proposition de 700 CHF et 1400 CHF) n'est pas chiffré dans la loi. Il est simplement précisé que le montant maximal de la quote-part dans les réseaux de soins intégrés doit être de la moitié de la quote-part des autres formes d'assurance. La loi délègue au Conseil fédéral la compétence de fixer ce montant maximal. Il en va de même pour ce qui est de la réduction de prime pour les assurés dans les réseaux de soins intégrés. Ici aussi, c'est le Conseil fédéral qui en fixe l'ampleur. Bien entendu, il est possible d'abandonner toute quote-part ou même la franchise dans les réseaux de managed care; le cas échéant, toutefois, il en résultera nécessairement une augmentation des primes afin de couvrir les coûts. Si le rapport de la quote-part de 10% à 20% était modifié de 5% à 1%, cela entraînerait une augmentation de 3% de toutes les primes en Suisse. Un gradient quelconque est nécessaire, quel qu'il soit, afin d'inciter les patients à changer pour des réseaux de soins intégrés. Pour terminer, *I. Cassis* rappelle que cette loi n'en est qu'à la première lecture au Parlement. Après le vote du 16 juin 2010 au Conseil national, le projet ira au Conseil des Etats. On verra alors ce que le Conseil des Etats change dans le projet. La FMH a encore toujours la possibilité d'agir sur la commission de la santé du Conseil des Etats. La discussion va donc durer encore un certain temps. Au vu des débats actuels, la chance de disposer à la fin 2010 d'une loi achevée, susceptible d'entrer en vigueur le 1er janvier 2012, est devenue pratiquement nulle.

M. Müller/CMPR rappelle que, si la Chambre médicale a décidé de soutenir le managed care, c'est qu'elle y voyait la meilleure chance de sortir des éternelles discussions concernant l'abolition de l'obligation de contracter. Jamais auparavant, dans le domaine de la santé, il n'y a eu de loi sur laquelle le corps médical a eu autant d'influence que ce projet de managed care tel qu'il se présente aujourd'hui. Si le corps médical – que ce soit en opposition sur certains points ou par pur perfectionnisme – provoquait l'échec de ce projet en semant le doute dans l'esprit des politiciens, il risquerait très gros, en fait l'essentiel de sa crédibilité politique, et il pourrait alors dire adieu pour longtemps au débat politique dans bien des domaines.

Markus Guzek/ASMAC voudrait revenir à la question de la psychiatrie et mentionne le problème de la concurrence bon marché des psychologues en ce qui concerne la psychothérapie. Le danger est grand, au sein des réseaux, de faire appel à cette alternative qui a un caractère de dumping. A ses yeux, ce projet, aussi abouti qu'il soit d'un point de vue technique, signifie la fin de la psychothérapie médicale.

J. de Haller souligne, une fois encore, que l'actuel projet de loi est extrêmement équilibré. Il faut prendre garde de ne pas ébranler maintenant l'un des piliers qui soutient cette édifice, au risque d'amener l'ensemble à s'écrouler.

Le président donne ensuite la parole à *Peter M. Leuenberger/ophtalmologie* pour sa *proposition n° 2 au point n° 11 de l'ordre du jour.* La proposition demande à la FMH de s'engager *«à ce que l'accès aux soins ophtalmologiques soit garanti dans tous les modèles d'assurance sans que ce dernier ne dépende d'une franchise et d'une quote-part plus élevées.»*

Michel Matter/GE expose d'abord *la proposition n° 3 au point n° 11 de l'ordre du jour, laquelle demande «que la FMH s'oppose à toute augmentation de la quote-part afin de ne pas pénaliser les malades chroniques et fragiles qui choisiront de ne pas adhérer à un modèle de soins intégrés.»*

La deuxième *proposition* de l'Association des médecins du canton de Genève, *n° 4 au point n° 11 de l'ordre du jour souhaite «que la FMH maintienne ses propositions de diversité dans l'accès aux soins et défende, selon ses prin-*

La Chambre médicale approuve le rapport annuel de la FMH à l'unanimité. En 2010, il est paru pour la première fois en version électronique en ligne. Vous pouvez le consulter sur www.fmh.ch → FMH → Rapport de gestion.

cipes, la liberté thérapeutique. Elle s'oppose à un système qui considère uniquement des soins intégrés à capitation et/ou à coresponsabilité budgétaire.»

Le débat qui suit n'apporte aucun élément fondamentalement nouveau, si ce n'est la proposition de *Roland Oppliger/SSAI*, lequel aborde la question de la compensation des risques. Là aussi, il apparaît que certains points du projet de loi peuvent être interprétés et compris de manière très différente et, en partie au moins, donner lieu à des malentendus.

En ce qui concerne la compensation des risques, *I. Cassis/vice-président* répond qu'elle est prévue dans le projet. En décembre 2007, le Parlement s'était prononcé en faveur d'une amélioration de la compensation des risques. Le critère retenu était un séjour hospitalier d'au moins trois jours l'année précédente (partie du paquet financement des hôpitaux). Cette disposition n'entrera en vigueur que le 1.1.2012. En février de cette année, il a lui-même proposé en commission une autre nouvelle amélioration de la compensation des risques, basée sur un facteur de morbidité, en insistant pour que la question «Quel facteur de morbidité?» ne soit pas discutée au Parlement afin d'éviter une instrumentalisation politique. Cette mesure a été acceptée à une large majorité et il se dit très confiant quant à une issue positive au plénum, le 16 juin. Grâce à ces deux améliorations de la compensation des risques, le système a été sensiblement amélioré.

Pour terminer, le *président* prie *H. Chaudhry* de présenter *la proposition de l'ASMAC n° 5 au point n° 11 de l'ordre du jour.* L'ASMAC demande à la FMH de s'engager de manière durable pour qu'obligation soit faite aux assureurs de conclure un contrat avec tous les réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41c.

E. Gähler/vice-président s'oppose fermement à cette demande qui, selon lui, priverait les réseaux de toute innovation. Personnellement, membre d'un réseau depuis de nombreuses années, il ne souhaiterait jamais de la vie être contraint de signer un contrat avec chaque assureur.

L'ASMAC craint, en outre, que les réseaux de soins intégrés constituent un obstacle supplémentaire qui empêche les jeunes médecins d'ouvrir un cabinet privé. *Jörg Fritschi/medwiss.net* combat clairement cette manière de voir. L'époque des pionniers est révolue en ce qui concerne les réseaux de médecins. Contrairement aux craintes de l'ASMAC, les jeunes médecins, femmes et hommes, sont réellement les bienvenus même dans les réseaux déjà établis sur le marché, car la relève fait défaut. En entrant dans un réseau de médecins existant, les jeunes praticiens ont la possibilité de s'installer dans un cadre déjà établi et n'ont pas à réinventer la roue. Il existe des sociétés d'exploitation au bénéfice d'une gestion professionnelle, auxquelles on peut adhérer et ainsi ne pas avoir, par exemple, à mettre sur pied des contrats nouveaux avec des assureurs.

Le *président* clôt la discussion et passe au vote des différentes propositions. Il précise, une nouvelle fois, que les décisions respectives seront transmises sous forme de résolutions à l'Assemblée des délégués.

La proposition P. Vallon/SSPP n° 1 au point n° 11 de l'ordre du jour est rejetée par la Chambre médicale par 45 voix oui, 69 non et 15 abstentions.

La proposition P. Leuenberger/SSO n° 2 au point n° 11 de l'ordre du jour est rejetée par la Chambre médicale, par 29 voix oui, 89 non et 12 abstentions.

La proposition M. Matter/GE n° 3 au point n° 11 de l'ordre du jour est acceptée par la Chambre médicale, par 71 voix oui, 43 non et 11 abstentions.

La proposition M. Matter/GE n° 4 au point n° 11 de l'ordre du jour est également acceptée par la Chambre médicale, par 97 voix oui, 16 non et 16 abstentions.

Enfin, *la proposition H. Chaudhry/ASMAC n° 5 au point n° 11 de l'ordre du jour* est rejetée par la Chambre médicale, par 50 oui, 79 non et 11 abstentions.

Le *président* s'excuse d'avoir omis de le faire au point de l'ordre du jour Elections au CC et passe maintenant la parole à *Ch. Ramstein/VEDAG* qui, au nom du VEDAG, adresse également quelques mots chaleureux ainsi que des vœux cordiaux à Max Giger/ISFM qui se retire aujourd'hui.

Rapport final HPC

Le *président* donne la parole à Monique Gauthey, qui, en sa qualité de responsable du domaine eHealth, a mené à terme ce gigantesque projet.

M. Gauthey/CC décrit dans sa présentation les points principaux et les grandes étapes du projet Health Professional Card (HPC). Un résumé du rapport final est à disposition des délégués. Les objectifs premiers du projet étaient d'affirmer le leadership de la FMH dans ce domaine, de conserver en mains du corps médical les questions de la carte de médecin et de l'identification des médecins, de participer activement à la stratégie nationale eHealth et de garantir un haut niveau de qualité.

En décembre 2005 déjà, la Chambre médicale décidait de lancer un projet de carte de professionnel de santé (HPC). Le concept élaboré en 2006 prévoyait une carte multifonctionnelle qui se voulait indépendante de la carte d'assuré mais compatible avec celle-ci, une sorte de trousseau de clés donnant accès aux différentes applications du eHealth. En décembre 2006, la Chambre médicale a adopté le projet, avec un budget de 2,6 millions sur trois ans pour la première phase de projet, comprenant la réalisation d'une carte HPC dotée d'une puce électronique, d'un simple certificat et d'une photo. En août 2007, Swisscom IT-Services se voit confier le mandat de mener à bien ce projet en collaboration avec la FMH. Suivent un avant-projet et la rédaction d'un concept détaillé. En 2009, le projet passe de Swisscom IT-Services à Swisscom Solutions SA, laquelle le remettra ensuite à Swisscom Participations. Le projet a été jalonné de discussions politiques qui ont été menées à tous les niveaux et auxquelles la FMH a eu la possibilité de prendre part, peut-être uniquement parce qu'elle avait déjà lancé son propre projet. En avril, le concept «Fast Forward» a été élaboré afin de pouvoir achever le projet pour le 31 décembre 2009, comme planifié. Fin octobre 2009, la production in-

dustrielle a pu débuter et quelque 11 000 cartes HPC ont été livrées jusqu'à fin mars 2010. L'objectif de la compatibilité avec la carte d'assuré a été atteint, il est possible de rajouter ultérieurement des certificats appropriés sur la HPC. Les autorités fédérales compétentes ont autorisé l'utilisation de la croix suisse sur la carte. La HPC fait partie intégrante de la mise en œuvre de la stratégie nationale eHealth; la coordination avec les autres groupements professionnels du domaine médical est acquise: la HPC est clairement basée sur les qualifications professionnelles. Les standards internationaux et nationaux ont été respectés, la HPC est ainsi compatible avec le projet européen HProCard. La réalisation inclut l'intégration dans des applications comme myFMH, H-Net, privasphere, etc. ainsi que HIN, bien entendu. Le budget global de 2,6 millions a été dépassé de moins de 5%, en raison notamment de retards, de la complexité du projet, de complications politiques et de la question de la carte d'assuré. Mais cela a aussi généré des plus-values pour la HPC. Plus d'un quart des dépenses a été consacré aux ressources internes. Comment se présente le bilan: le projet a été mené à bien conformément au mandat de la Chambre médicale. On constate un intérêt de plus en plus marqué de la part du corps médical; plus d'un tiers des membres de la FMH possèdent déjà leur carte HPC, les demandes de non-membres augmentent. L'intérêt grandit également chez les vendeurs d'applications. pharmaSuisse a décidé de réaliser une HPC identique à la nôtre. Le projet SwissID s'intéresse à l'idée de faire de la HPC une SwissID. Que va-t-il se passer maintenant? Les prochaines étapes prévoient de poursuivre l'intégration dans des applications, ainsi que l'extension à des cartes de collaborateurs et de grandes institutions, de même qu'un certificat qualifié et des solutions pour hôpitaux. La problématique de la carte d'assuré subsiste du fait de l'existence de deux types de cartes d'assuré. L'OFSP a décidé de s'impliquer désormais dans la recherche d'une solution. Pour terminer, on peut dire que le projet FMH-HPC a été un succès; nous avons occupé le terrain et ouvert de nouvelles perspectives pour l'avenir.

V. Loguori/TI soulève le problème de la compatibilité de la FMH-HPC avec la carte d'assuré de la SASIS (société appartenant à santésuisse), laquelle fournit la carte de la majorité des assureurs-maladie. Dans le rapport final, il est question de coûts supplémentaires nécessaires pour les rendre compatibles. Il aimerait savoir qui doit assumer ces coûts.

M. Gauthey prie *Judith Wagner/cheffe eHealth*, de répondre. *J. Wagner* indique que la SASIS SA, qui appartient à santésuisse, s'est sciemment écartée des standards établis par l'OFSP pour la carte d'assuré. Il existe des solutions techniques permettant de résoudre ce problème. A savoir, qui devra finalement en payer la facture est une question qui fait partie des négociations en cours, auxquelles l'OFSP participe maintenant aussi. Il est évident qu'à ce propos, nous continuons à exercer de fortes pressions.

Heinrich Maillard/UR souhaiterait des informations concernant la CardAPI pour Mac, qui n'est toujours pas disponible. Le *président*, lui-même utilisateur de Mac et donc directement concerné, assure qu'on maintient la pression sur Swisscom à ce sujet.

La parole n'étant plus demandée, le *président* invite la Chambre médicale à se prononcer sur le rapport final FMH-HPC. La Chambre médicale adopte le rapport final à une large majorité, 7 voix non et 12 abstentions.

Informations orales des différents domaines

Informations du domaine promotion de la santé et prévention

Dans les informations concernant son domaine, *C. Romann* parle du point fort de l'assurance-invalidité. En vigueur depuis 1960, l'assurance-invalidité a été soumise à de fréquentes révisions. En septembre 2009, la population suisse a accepté, à une faible majorité, le relèvement de la TVA de 7,6 à 8% pour une durée limitée de 7 ans en vue de combler le déficit de l'AI et de la découpler de l'AVS par la création d'un fonds de compensation. La 6e révision de l'AVS est en cours. Dans sa prise de position, la FMH dit oui à une révision mesurée des rentes en cours, oui à la possibilité d'acquérir des moyens auxiliaires de manière centralisée par des appels d'offre et oui à la contribution d'assistance. Mais elle rejette l'extension aux révisions de rente d'un concept exagéré de ce qui est «raisonnablement exigible», la contribution d'assistance limitée aux assurés adultes et la possibilité d'engager limitée aux aides externes à la famille, ainsi que la stigmatisation de tout un groupe de patients souffrant de troubles somatoformes. Le 1er «soundingboard» a eu lieu en octobre 2008. Y ont participé des Offices régionaux de placement (ORP), des employeurs, des associations d'invalides et *Ch. Romann* en tant que seule représentante du corps médical. L'objet de cette rencontre était en fait d'évaluer la 5e révision de l'AVS, qui a répondu à certaines attentes mais pas à d'autres, notamment en ce qui concerne la réinsertion précoce. Au lieu des 5000 réinsertions précoces escomptées, seuls 150 patients ont pu en bénéficier. Durant cette même période, une analyse de dossier très intéressante a été faite sur l'invalidité pour des raisons psychiques (projet de recherche de l'AI). La majorité des rentiers en vertu du code 646 (raisons psychiques) présente un schéma clair d'antécédents biographiques et psychosociaux et des configurations de procédure différentes. Il n'y a donc pas de «faux invalides». L'étude précise aussi que les médecins doivent garder leur rôle-clé et met en garde contre des attentes démesurées, car seul un tiers des bénéficiaires étaient partiellement en mesure de travailler à la clôture de leur dossier. Un 2e «soundingboard» AI devait avoir lieu en novembre 2009, mais il a été annulé. Etant d'avis qu'il y a une réelle nécessité de dialogue entre le corps médical et l'AI, des représentants de la FMH (G. Ebner, Ph. Luch-

singer et C. Romann) ont néanmoins cherché à en discuter avec l'AI. Lors d'un débat constructif, les représentants de la FMH ont pu pointer certaines lacunes dans cette collaboration. Il en a aussi résulté qu'il existait d'importants malentendus quant aux attentes des médecins envers l'AI. La question de savoir s'il était judicieux de soumettre les patients souffrant de troubles somatoformes à un essai pilote a également été abordée. Les représentants de la FMH ont en outre reçu des informations sur des projets de recherche en cours et sur des idées de projet – ces dernières dans le cadre d'un deuxième programme de recherche qui s'étendra sur plusieurs années, en vue de la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité.

P. Vallon/SSPP mentionne que la FMPP travaille, en collaboration avec l'OFS, à l'élaboration de critères de qualité pour les expertises psychiatriques dans le cadre de l'AI dont les conclusions sont attendues pour l'année prochaine. En ce qui concerne la réinsertion des malades psychiques, il estime qu'on a omis d'aborder la question de l'assurance perte de gain. Etant donné que cette dernière est régie par la LCA, les assureurs ne sont pas obligés de prendre en charge des personnes qui ne sont plus en mesure de travailler depuis parfois plusieurs années. La Confédération court ainsi le risque de devoir créer une assurance perte de gain spécifique pour les personnes en réinsertion par l'AI.

Informations du domaine Tarifs et conventions

E. Gähler commence par dresser un état des lieux de la *révision de la structure tarifaire TARMED,* pour laquelle aucune avancée n'a été enregistrée pendant longtemps. Un succès partiel a quand même pu être atteint grâce à la prolongation jusqu'au 31 décembre 2010 de l'indemnité forfaitaire en cas de visite. La FMH s'est clairement prononcée pour que, lors d'une première phase, soit prise en main la révision impliquant 20 chapitres et leurs dix positions occasionnant les coûts les plus élevés. Il faut également ajuster les modèles tarifaires (INFRA pour les hôpitaux, KoReg pour les cabinets) en fonction des loyers et des salaires. Un aspect important de la révision est aussi une amélioration de la prise en compte des médecins de premier recours par la création d'un chapitre qui leur soit propre. Pour ce faire, il faudrait procéder à un renchérissement annuel exceptionnel de l'ordre de grandeur de 4%, car les volumes qui seront vraisemblablement libérés suite à la révision tarifaire ne pourront en aucun cas suffire à améliorer la situation des médecins de premier recours. Santésuisse veut absolument un accord sur la gestion des coûts que nous sommes disposés à signer, mais uniquement à nos propres conditions. Les points mis en avant par la FMH ont été acceptés lors de la rencontre au sommet entre la FMH et santésuisse, le 21 avril 2010, à laquelle assistaient également Messieurs *Regius/Swica, Fischer/Visana* et *Grichting/Groupe Mutuel*. Il n'y aura finalement pas de révision par chapitre, et santésuisse a énoncé l'idée que la «neutralité des coûts» ne devrait pas concerner uniquement les médecins mais l'ensemble du secteur ambulatoire. Le CC et l'AD ont décidé de s'atteler, indépendamment de santésuisse, à la révision impliquant 20 disciplines et 10 de leurs positions les plus importantes et d'examiner si cette révision pouvait être réalisée conjointement avec H+. De premiers entretiens avec H+ ont eu lieu. Il est question de travailler au niveau politique et au niveau technique; les associations faîtières et les sociétés de discipline seront bien évidemment associées aux discussions.

Quant au *monitorage de la Liste des analyses*, l'OFSP a refusé notre offre, mais il a proposé une contribution minime, insuffisante, aux coûts supplémentaires pour toute la durée du monitorage. L'OFSP veut une solution à minima peu coûteuse, ce qui pose la question de la qualité. La FMH a clairement précisé qu'elle ne soutenait pas le monitorage d'INFRAS et de l'OFSP et qu'elle souhaitait concentrer ses forces et ses intentions sur son propre monitorage élargi. Les données de la caisse de médecins, de NewIndex, des centres de contrôles de qualité, des laboratoires mandatés et de divers hôpitaux couvrent toute la chaîne des analyses et permettent de la retracer jusqu'en 2004. Santésuisse a récemment déclaré aux médias que l'effet d'épargne n'avait pas eu lieu, que les médecins augmentaient artificiellement leurs prestations et qu'ils prescrivaient une analyse de laboratoire non en fonction des indications, des symptômes ou des tableaux cliniques, mais en fonction des tarifs. Nous pouvons montrer, sans aucune ambiguïté, que ce n'est absolument pas le cas. En revanche, santésuisse n'est pas en mesure de présenter un seul chiffre, pour la simple et bonne raison qu'elle n'en dispose pas. *E. Gähler* montre sur différents diagrammes que la baisse du chiffre d'affaires de 30% prédite pour les laboratoires du cabinet des médecins de premier recours existe réellement depuis l'entrée en vigueur de la révision, tandis que de plus petites spécialités enregistrent une hausse de leur chiffre d'affaires grâce à la mécanique tarifaire. Le nombre de consultations (séances) n'a ni augmenté ni diminué depuis la révision, ce qui montre qu'une augmentation artificielle de volume n'a pas eu lieu.

Quelles seront les prochaines étapes: la saisie des données est en cours, puis on évaluera une méthode de calcul appropriée (ce que l'OFSP a toujours refusé) et on procédera au monitorage des impacts dans le domaine des laboratoires, mais aussi ceux constatés jusqu'au niveau de la LeiKov ainsi que d'autres effets. Ces résultats seront ensuite publiés globalement par l'intermédiaire d'un office indépendant. Dès que le monitorage sera lancé, nous enverrons un compte rendu à la Commission de gestion du Conseil national.

Puis, il est question de *la remise des médicaments par le médecin (propharmacie)*: ce sujet est d'actualité en raison de la révision de la loi sur les produits thérapeutiques. Un groupe de travail de la FMH (VEDAG, CCM, Médecins de famille Suisse, FMH) a suivi la procédure de consultation et les différentes associations ont adopté une prise de position analogue à celle de

la FMH et ont parlé de la même voix que la FMH. Les réponses à la consultation indiquent que pratiquement la totalité des cantons sont contre la suppression de la propharmacie, y compris les cantons qui connaissent les deux systèmes et même des gouvernements cantonaux de Suisse romande. Hormis le PDC et le PS, tous les partis politiques sont contre aussi, ainsi que la plupart des associations professionnelles, et il est intéressant de noter que l'USAM aussi est contre. A l'inverse de son prédécesseur P. Couchepin, le conseiller fédéral Burkhalter ne semble avoir aucun intérêt à ce que la propharmacie soit supprimée, elle ne figurera donc pas dans le message adressé au Parlement. Lorsque la question sera débattue au Parlement, les pharmaciens vont certainement monter au créneau. La FMH est depuis longtemps à la recherche d'un modèle libre de marges afin de mettre un terme à toute mise en cause d'incitatifs erronés. Une compensation par la valeur du point tarifaire peut, mais ne doit pas être un élément de solution. La propharmacie doit continuer à être autorisée et il faut créer une plus-value pour les patients et les assureurs. Nous avons élaboré un modèle présentant deux variantes qui a été soumis à santésuisse et aux assureurs. Les premières discussions ont déjà eu lieu. En août, le conseil d'administration de santésuisse devrait prendre une décision de principe à ce sujet.

V. Liguori/TI constate que selon l'interprétation des assureurs, les examens de laboratoire ne peuvent être effectués que dans le cadre d'un diagnostic posé en présence du patient et que beaucoup d'analyses et d'examens préopératoires demandés par les hôpitaux ne seraient plus possibles. Il demande qu'une information claire soit transmise aux médecins indiquant quelles prestations de laboratoire peuvent encore être facturées à la charge de l'assurance obligatoire de base et lesquelles ne sont plus prises en charge.

E. Gähler répond que la liste des diagnostics en présence du patient existe et que les positions qui s'y trouvent peuvent être facturées normalement. Le problème qui subsiste est celui des analyses chimiques qui sont clairement sous-rémunérées depuis la révision, notamment parce qu'elles ne sont pas calculées selon les paramètres des laboratoires de cabinet mais selon ceux des laboratoires industriels. Un des objectifs du monitorage sera de le démontrer. Il manque aussi encore une définition précise du laboratoire de proximité. Des propositions à ce sujet seront soumises à l'OFSP.

Andreas Haefeli/AG fait remarquer que la baisse des tarifs de laboratoire et des marges de la propharmacie devra être prise en compte lors de la révision du TARMED car ces revenus supplémentaires avaient été intégrés dans le calcul et la structure du tarif.

Informations du domaine Données, démographie et qualité (DDQ)

Daniel Herren donne des informations sur certains points importants de son domaine.

Qualité

Le projet *Monitorage de la qualité* se déroule selon le calendrier prévu. Rappel des objectifs: la saisie des démarches qualité principalement menées dans le domaine ambulatoire doit permettre de créer la transparence sur les activités en faveur de la qualité, les rendre visibles et les évaluer. En collaboration avec les partenaires, il s'agit ensuite de développer un modèle visant à soutenir les démarches qualité des médecins. La saisie et l'évaluation des données des disciplines du projet pilote médecine de famille, psychiatrie et orthopédie sont achevées. Les résultats seront publiés à la mi-juin. Les réflexions au sujet du coût, de la charge de travail et de l'utilité des activités en faveur de la qualité se poursuivent. Il est également question des incitatifs aux démarches de qualité des soins. La proposition d'étendre le projet à d'autres sociétés de discipline sera probablement soumise au CC en juillet.

Groupe de travail qualité santésuisse-FMH: un groupe de travail commun a quand même pu être mis sur pied après un deuxième essai. Il comprend 4 représentants de chaque partie (du côté des assureurs, outre les deux représentants de santésuisse, il y a un délégué de Sanitas et un délégué de Helsana). Lors de la première séance, nous avons pu nous mettre d'accord sur notre champ d'activité commun, à savoir l'application de l'article 22 (obligation pour les fournisseurs de prestations de livrer des données aux autorités en vue de surveiller l'économicité et la qualité des prestations). Le groupe de travail est en train d'évaluer la question de la livraison des indicateurs de qualité à l'OFSP, respectivement à la Confédération (let. f), et de définir quels indicateurs pourraient répondre à cette disposition et satisfaire les deux groupes concernés.

Un autre groupe de travail instauré par la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) se penche sur la manière de livrer les données dans le cadre de l'article 22a LAMal. L'Office fédéral de la statistique (OFS) mandaté par l'OFSP pour récolter les données a été contacté. Ce projet a subi un léger retard à l'OFS pour des raisons de personnel, mais un concept général est attendu pour l'été 2010. Les objectifs de l'OFSP ne sont pas très clairs. L'objectif de la FMH est de réduire au maximum l'ensemble des charges qui incombent aux fournisseurs de prestations pour la livraison des données telle que prescrite par la loi. Le groupe de travail CCM-FMH créé conjointement en 2009 avait déjà établi une liste de variables et soumis à l'OFS une proposition de convention-cadre réglementant une éventuelle collaboration, ainsi que les conditions à remplir pour la livraison des données.

Les travaux en vue de l'élaboration de concept de *Stratégie qualité de la Confédération* ont déjà commencé dans différents sous-groupes de travail sous la direction d'un comité de pilotage (la FMH y est représentée par J. de Haller). Le sous-projet 1 se consacre au financement (la FMH n'y est pas formellement représentée, mais elle a déposé une demande en ce sens). Le sous-projet 2 traite des contenus des champs d'activi-

tés (D. Herren ad personam) et le sous-projet 3 concerne l'information (D. Herren pour la FMH). Ces travaux se termineront à l'automne et un rapport comprenant le concept détaillé sera soumis au Conseil fédéral en fin d'année.

Données et démographie

L'analyse du revenu des médecins pour les années 2005/2006 a été effectuée par la fille de feu Niklaus Hasler. Une version complète peut être commandée auprès du service de communication de la FMH (kommunikation@fmh.ch). Etant donné que l'ancienne méthode d'analyse ne permet plus de répondre à toutes les questions et que la saisie des données pourrait manifestement être améliorée, il a été décidé de procéder à un appel d'offres pour la réalisation d'une nouvelle analyse du revenu des médecins, laquelle revêt une importance capitale pour la FMH. Au final, le mandat a été attribué au bureau BASS. Le bureau BASS, le département DDQ et le service tarifaire travailleront donc en étroite collaboration. Le pool de données sera, en plus des données fournies par medisuisse, alimenté par des données du Service national de consolidation (NAKO), de la statistique médicale, de H+ et du premier recensement par le biais des «profils de médecins» du domaine hospitalier. Les premiers résultats sont attendus au printemps 2011.

Pour terminer, *D. Herren* remercie chaleureusement les collaboratrices scientifiques du département DDQ pour leur excellent travail.

Alexander von Weymarn/TG demande si les chiffres de l'enquête permanente sur les coûts (RoKo) seront utilisés comme paramètres pour l'analyse du revenu des médecins. *D. Herren* confirme que toutes les sources sont analysées afin de déterminer quels éléments seront inclus pour asseoir cette étude sur une base solide.

Informations du domaine SwissDRG

Pierre-François Cuénoud fait d'emblée référence au premier grand pas effectué en juillet 2009 lorsque le dossier d'accompagnement et le premier groupeur utilisable (version 0.2) ont été soumis au Conseil fédéral pour approbation. Parmi tous les documents soumis, les instruments et mécanismes en vue de garantir la qualité des prestations ainsi que les estimations de l'impact du tarif sur le volume des prestations et des coûts ne répondaient pas entièrement aux attentes du Conseil fédéral. Les sociétés de discipline médicale ont déploré le fait que l'Office fédéral de la statistique (OFS) n'ait pas mis à disposition les ressources nécessaires pour intégrer correctement dans le système CHOP 12 les propositions (1630 au total) élaborées en 2008 avec beaucoup d'engagement et sous une forte pression. Suite à cela, SwissDRG a engagé deux collaborateurs spécialisés pour assister l'OFS. On espère ainsi rattraper le retard d'ici l'automne 2010. Le retard pris dans les traductions française et italienne des documents est tout aussi fâcheux. SwissDRG a donc pris des mesures et débloqué 200 000 francs pour que ces traductions puissent être faites dans un délai utile. Une différence significative entre le système DRG appliqué en Suisse et celui des pays voisins réside dans l'intégration des investissements et des frais d'utilisation des infrastructures dans les DRG, ce qui rend nécessaire l'élaboration d'une étude comparative. Pour ce qui est du financement, le principe d'une reprise provisoire des innovations a été admis par tous les partenaires. Pour les cantons qui ne connaissent pas encore le système DRG, il sera probablement difficile d'introduire au 1er janvier 2012 un système qui comprend aussi des sanctions financières. Notre réflexion a donc porté sur une garantie en cas de déficit pour les hôpitaux durant les deux premières années de SwissDRG. La question des rétributions additionnelles est en suspens. Le financement provisoire a été admis. Mais que se passera-t-il si de nouvelles innovations apparaissent? Si le financement provisoire d'une innovation montre qu'elle est stable durant plusieurs années, il faudra dans ce cas l'intégrer dans la structure tarifaire. La marche suivie pour inscrire une nouvelle innovation dans la structure tarifaire dépend de sa fréquence d'utilisation. Si cette dernière n'est utilisée que rarement, aucun nouveau DRG ne sera créé, mais une rétribution additionnelle (art. 49, al. 1 LAMal). La structure tarifaire en psychiatrie, en gériatrie aiguë et en réhabilitation sont également en suspens car le délai pour cette compétence «imposée» à SwissDRG par le Conseil fédéral est postérieur à 2012. Quant à la recherche concomitante, la FMH a soumis sa candidature pour devenir membre à part entière de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Pour l'instant, il ne se passe rien au niveau des groupes professionnels. En ce qui concerne le système de santé dans son ensemble, l'OFSP a procédé à une mise au concours. La FMH est prête à s'engager sur les thèmes importants pour le corps médical qui ne seraient pas couverts par ailleurs. Des propositions en ce sens seront prochainement soumises au Comité central et à l'Assemblée des délégués. La rédaction de propositions fait également partie des activités de la FMH, telles les 257 propositions (toutes de la FMH) élaborées en 2009. Un test pratique «Batchgrouper 0.2» (simulation informatique avec le groupeur 0.2) a été effectué et montre la bonne reproductibilité par rapport à APDRG (90% de congruence). Les séminaires proposés conjointement par la FMH et H+ sont une réussite. Ils ont lieu 3× par an. Une première édition en français est prévue pour l'hiver prochain. Le début de la recherche concomitante, l'intégration des propositions 2007 à 2009 dans CHOP 12 pour une utilisation au 1er janvier 2011, les rétributions additionnelles, la position de l'ANQ, la protection des données et le financement de la formation postgraduée restent des sujets qui posent question. Mais une chose est certaine: SwissDRG entrera en vigueur au 1er janvier 2012. Le but du système

est de pouvoir reproduire 80% des cas de manière acceptable à cette date. Ensuite, il faudra procéder à des améliorations constantes; un processus dans lequel le corps médical sera appelé à jouer un rôle-clé.

M. Müller/CMPR attire l'attention sur les fortes craintes et l'insécurité que suscite l'introduction de SwissDRG auprès du corps médical. Il déplore également la non-prise en compte de l'impact de l'introduction de ce système sur les cabinets médicaux. Selon lui, il faudrait plancher plusieurs après-midi sur ce sujet et ne pas seulement le survoler en 5 minutes devant à peine 15 délégués. *Carlo Moll/VLSS* confirme que les craintes ont augmenté et il a l'impression que la discussion au sujet de SwissDRG ne démarre véritablement que maintenant parce que l'échéance approche.

Pour *P.-F. Cuénoud,* il est primordial que le poids des médecins et la direction médicale soient forts dans les hôpitaux. De plus, il recommande aux médecins qui ont des doutes de s'adresser à des confrères qui travaillent depuis sept ans ou plus avec ce système. Il existe une vie après les DRG, elle ne sera peut-être pas idéale, mais en aucun cas pire qu'avec un autre système.

Plus personne ne demandant la parole, le *président* remercie la poignée de délégués qui ont suivi les débats jusqu'à leur terme et clôt la séance de la Chambre médicale ordinaire à 17h25.

Glossaire

AD	Assemblée des délégués
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
ASMAC	Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique
BMS	Bulletin des médecins suisses
CC	Comité central
CCM	Conférence des sociétés cantonales de médecine
CdG	Commission de gestion
CDS	Conference suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CMPR	Collège de médecine de premier recours
CPC.AA/AM/AI	Commission paritaire de confiance AA/AM/AI
CPI	Commission paritaire d'interprétation
CPP	Convention prestations-prix
CPT	Commission paritaire tarifaire
DDQ	Données, démographie et qualité
DRG	Diagnosis Related Groups
EMH	Editores Medicorum Helveticorum; Editions Médicales Suisses SA
fmCh	Foederatio medicorum Chirurgicorum
FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum
INFRA	Coûts d'infrastructure
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
KoReg	Comptabilité analytique
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
M&H	Médecine et Hygiène
NAKO	Centre de consolidation nationale
OMCT	Ordine dei medici del Cantone Ticino
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
ORP	Office régional de placement
PCA	Président du conseil d'administration
SCM	Société cantonale de médecine
SDM	Sociétés de discipline médicale
SMF	Swiss Medical Forum
SMSR	Société médicale de la Suisse romande
SMW	Swiss Medical Weekly
SSAI	Société suisse d'allergologie et d'immunologie
SSMI	Société suisse de médecine interne
SSN	Société suisse de néphrologie
SSO	Société suisse d'ophtalmologie
SSP	Société suisse de pédiatrie
SSPP	Société suisse de psychiatrie et psychothérapie
VEDAG	Association des sociétés médicales de la Suisse alémanique