



La Chambre médicale est le Parlement de la FMH. Elle décide de la politique professionnelle.

Palais des Congrès de Bienne, 3 octobre 2013

## Procès-verbal de la deuxième Chambre médicale de 2013

Monika Henzen,  
cheffe du  
Secrétariat central

### 1. Message de bienvenue, communications, constitution du Bureau

Une fois le quorum atteint, *Jürg Schlup/président* souhaite la bienvenue aux délégués et ouvre la deuxième Chambre médicale de 2013. Il salue les invités à cette séance, le *Prof. Frank Ulrich Montgomery*, le *Prof. Peter Tschudi*, *Bruno Kesseli*, rédacteur en chef du BMS, *Hans-Ruedi Koelz*, vice-président de l'ISFM, *Rafael Stolz*, vice-président de l'ISFM, *Rita Zahnd*, directrice de la SSOT, *Michael Barnikol*, *Ursina Pally*, *Gabriela Lang*, *Anne-Sylvie Thiébaud*, tous du Service juridique de la FMH, ainsi que *Michelle Gerber* du département DDQ. *Beat Bär/FMH Services* est excusé.

Hormis les informations organisationnelles habituelles, *Anne-Geneviève Bütikofer/secrétaire générale* fournit quelques instructions concernant l'enveloppe distribuée aux délégués et l'appareil destiné au vote électronique qui sera testé aujourd'hui aux points 4 et 5 de l'ordre du jour. La proposition concernant la généralisation du vote électronique lors de la Chambre médicale sera soumise à la prochaine séance.

Le président désigne ensuite le Bureau de la Chambre médicale qui se compose du président, du vice-président, de la secrétaire générale et des scrutateurs suivants: *Christoph Ramstein/VEDAG*, *Baseli Werth/GR*, *Franziska Zogg/ZG*, *Charles Favrod-Coune/VD*, *Andreas Haefeli/AG*, *Karl Lövblad/AMDHS*, *Aldo Kramis/LU*, *Daniel Zwahlen/société de radio-oncologie*, *Michael Sacristan/ASMAC* et *Daniel Schröpfer/ASMAC*.

**Décision: les scrutateurs sont élus à l'unanimité.**

### Ordre du jour

*Michel Alexandre Matter/GE* regrette que le dernier envoi de la convocation n'ait eu lieu que le 30 septembre 2013, ce qui n'a pas laissé suffisamment de temps pour se préparer, notamment au point 8 de l'ordre du jour. La concertation de la base aurait été importante pour une prise de décision.

*Jürg Schlup/président* comprend cette remarque mais rappelle que l'ordre du jour ainsi que le point «Initiative pour la médecine de famille et contre-projet» ont été publiés dans le BMS en août 2013, soit six semaines avant la Chambre médicale. Le Comité

central de la FMH considère donc que les conditions statutaires sont réunies pour traiter ce point. L'initiative pour la médecine de famille n'a été retirée que le 27 septembre 2013 et le Parlement a adopté le même jour le contre-projet. Il propose donc de maintenir ce point à l'ordre du jour.

*Daniel Schröpfer/ASMAC* aurait souhaité un débat plus approfondi et propose de laisser la liberté de vote aux membres. *Jürg Schlup/président* fait remarquer qu'il s'agit ici d'adopter l'ordre du jour. La liberté de vote pourra être proposée au point 8. Il ajoute que l'information orale prévue au point 11 de l'ordre du jour a été retirée par le président de l'Assemblée des délégués.

**Décision: l'ordre du jour est approuvé par 110 voix contre 6.**

En vertu des dispositions statutaires, le président propose de fixer à 17h au plus tard la fin de la Chambre médicale. Conformément à l'art. 11 al. 3 du Règlement d'exécution, il précise qu'aucune décision ne pourra être prise ni aucun vote effectué après 17h.

**Décision: la proposition est approuvée à l'unanimité.**

#### Allocution d'introduction du président de la FMH

Dans son allocution d'introduction, le *président* aborde la réintroduction de la clause du besoin pour les médecins ainsi que la médecine personnalisée et ses répercussions.

En ce qui concerne la clause du besoin, la FMH, l'ASMAC et, avec elles, l'ensemble du corps médical, ont remporté un succès de haute lutte. Au cours des

dix dernières années, la FMH n'a pas réussi à éviter l'introduction de cette clause ni sa prolongation à deux reprises. Aujourd'hui, elle est parvenue à assouplir la réintroduction de la clause du besoin dans une mesure telle que celle-ci est devenue sans effet pour 90% des médecins en exercice ainsi que pour les médecins ayant suivi leur formation postgraduée en Suisse. Le *président* remercie au nom du Comité central tous les membres de la FMH, tous les parlementaires impliqués ainsi que les professeurs de droit européen de leur soutien.

Les modifications profondes qui touchent aujourd'hui notre société et la médecine représentent pour le corps médical également un véritable défi à ne pas sous-estimer. Les tests génétiques sur internet – plus connus sous le terme de *Consumer Genomics* – illustrent parfaitement l'enjeu de cette évolution pour le corps médical. Le recours accru à ces tests génétiques spontanés par la population ainsi que le développement des analyses génétiques au-delà de la stricte indication médicale vers un bien de consommation ont incité la Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH) à adresser un courrier au conseiller fédéral Alain Berset dans lequel elle fait part de ses craintes quant à la sécurité des soins dans le diagnostic génétique médical. La CEAGH a pris contact avec la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) pour la sensibiliser à divers problèmes dans ce contexte.

Que signifie cette évolution pour le corps médical? Lors d'une formation continue au mois de mai de cette année, les médecins présents étaient d'avis que le développement des tests de dépistage génétique ne posait pas de problème et ne représentait donc pas une charge supplémentaire pour les médecins. En effet, un test génétique n'est prescrit que dans le cas d'indications médicales rares et concrètes et ne peut avoir d'efficacité thérapeutique que dans ces cas-là. Deux semaines plus tard, une revue de consommateurs («Beobachter») a publié sur ce sujet un article intitulé: «Tests génétiques: les assurances attendent déjà vos données.»

Selon le *président*, dès que le prix d'un séquençage ADN tombera en-dessous de 500\$, de nombreux médecins seront amenés à conseiller et traiter des personnes qui auront volontairement et spontanément réalisé des tests génétiques privés. Si les médecins refusent de les aider, ces patients risquent alors de se tourner vers un conseil non médical. Or un conseil non médical avant ou après la réalisation d'un test génétique privé peut-il être dans l'intérêt de la personne concernée ou de nos membres?

Ces questions illustrent les évolutions en cours et soulignent les différentes manières que peuvent avoir nos membres de les apprécier et d'y prêter attention. *Jürg Schlup/président* fait appel à la responsabilité de chacun et charge les délégués de la Chambre médicale de sensibiliser nos membres à cette évolution.



Hormis la votation générale, la Chambre médicale constitue l'organe suprême de la FMH avec 200 délégués ayant droit de vote.

## 2. Modifications des Statuts et du Règlement d'exécution

### 2.1 Complément aux Statuts et révision de l'annexe 1 du Règlement d'exécution: «Cabinets médicaux de membres ordinaires» en tant que personnes morales

*Hanspeter Kuhn/FMH* explique la proposition du Comité central. Les employeurs sont tenus de s'affilier à une caisse de compensation afin de remplir leur obligation de cotiser à l'AVS/AI/APG/AC. Les membres de la FMH, de la SSO, de la SVS et de l'ASC dépendent de la caisse de compensation medisuisse. Tous les employeurs et indépendants qui sont membres d'une association fondatrice d'une caisse de compensation professionnelle sont affiliés à cette dernière. Cette condition est remplie lorsque le médecin exerçant une activité lucrative indépendante est membre de la FMH. Mais plusieurs caisses de compensation cantonales ont commencé à exiger des cabinets médicaux organisés en tant que personnes morales qu'ils assurent leur personnel auprès d'elles. Il faut veiller à ce que les membres de la FMH continuent de pouvoir assurer leur cabinet médical chez medisuisse indépendamment de la forme juridique choisie.

C'est pourquoi l'énoncé proposé pour compléter les Statuts et le Règlement d'exécution prévoit que les membres ordinaires de la FMH puissent faire affilier à la FMH leur cabinet médical constitué en tant que personne morale si la propriété ainsi que les directions stratégique et opérationnelle de l'entreprise sont entre les mains de membres ordinaires de la FMH, c'est-à-dire, pour les cabinets médicaux constitués en SA, que les actions, le conseil d'administration et la direction soient exclusivement entre les mains de membres ordinaires. L'Office fédéral des assurances sociales a accepté cette solution.



Le Dr Jürg Schlup, président de la FMH, et Anne-Geneviève Bütikofer, secrétaire générale, dirigent conjointement la séance.

Comme la FMH est l'association fondatrice de la caisse de compensation professionnelle, et qu'ainsi, seule l'affiliation à la FMH est déterminante au regard de l'AVS, l'art. 5bis du Règlement d'exécution prévoit que le Secrétariat général contrôle les documents pertinents, qu'il confirme l'affiliation des cabinets médicaux de membres ordinaires en tant que personnes morales et qu'il se charge de la facturation et de l'encaissement des cotisations.

*Andreas Haefeli/AG* a soumis sur ce point une contre-proposition qu'il présente aux participants. Il soutient l'objectif poursuivi par la proposition du Comité central, mais souhaite la modification suivante: *Les membres ordinaires peuvent faire affilier à la FMH leurs cabinets médicaux organisés en tant que personnes morales si les droits de propriété ainsi que la direction opérationnelle sont exclusivement, et la direction stratégique majoritairement, en leurs mains.*

Si cette proposition est adoptée, l'art. 5bis du Règlement d'exécution devra être adapté en conséquence.

Selon lui, la direction opérationnelle décide elle-même ce que les médecins employés ou les salariés doivent faire ou ne pas faire. C'est pourquoi il prône la formulation d'une direction opérationnelle «exclusivement» en main des médecins. La direction *stratégique* a, quant à elle, une autre mission. Elle décide par exemple de l'ouverture et du développement d'un cabinet médical. Ce sont là des décisions qui n'interviennent pas directement dans la relation médecin-patient.

Pour *Hanspeter Kuhn/FMH*, la proposition d'*Andreas Haefeli* ne pose pas de problème. La préférence accordée à l'une ou l'autre des solutions relève selon lui de l'appréciation politique.

*Jürg Rufener/SSMI* souhaite assouplir le second critère en proposant la formulation suivante: «... si les droits de propriété sont *majoritairement*, et les directions opérationnelle et stratégique *exclusivement*, entre les mains de médecins». Il propose en outre de préciser par l'expression «à la grande majorité» ou par un pourcentage donné.

*Ricardo Andreas Torriani/ZH* informe que son comité a opté pour la formulation de «majoritairement», à la fois pour les raisons évoquées jusqu'ici mais aussi parce que les médecins propriétaires, au moment de remettre leur cabinet, conservent souvent une partie du capital dans l'entreprise tout en cessant de pratiquer.

*Hanspeter Kuhn/FMH* considère que la Chambre médicale peut opter pour la solution la plus judicieuse. Il ne pense pas que le critère d'une participation majoritaire poserait un problème à l'Office fédéral des assurances sociales. Il précise que «exclusivement» signifie 100% et «majoritairement» 51%.

*Angelo Cannova/ZH* plaide pour *exclusivement* au lieu de *majoritairement*. Selon lui, seuls les médecins, donc des organisations dirigées uniquement par des praticiens, peuvent s'affilier.

Philippe Vuillemin/VD met, quant à lui, l'accent sur la décision stratégique plutôt que sur la direction opérationnelle. La phrase doit donc être reformulée pour éviter toute erreur d'interprétation des termes *opérationnel* et *stratégique*. La stratégie doit être exclusive, la direction opérationnelle éventuellement majoritaire.

Pierre Vallon/FMPP soumet une motion d'ordre afin de clore le débat en raison d'un ordre du jour chargé.

**Décision: la motion d'ordre est approuvée à une grande majorité.**

Le président soumet au vote les propositions dans l'ordre suivant:

**Proposition Haefeli:** *«Les membres ordinaires peuvent faire affilier à la FMH leurs cabinets médicaux organisés en tant que personnes morales si les droits de propriété ainsi que la direction opérationnelle sont exclusivement, et la direction stratégique majoritairement, en leurs mains.»*

**Décision: la proposition est rejetée par 52 voix contre 62 et 21 abstentions.**

**Proposition Rufener:** *Les droits de propriété sont «majoritairement», et les directions opérationnelle et stratégique «exclusivement», entre les mains de médecins.*

**Décision: la proposition est adoptée par 65 voix contre 41 et 30 abstentions.**

**Proposition du Comité central modifiée conformément à la proposition Rufener, pour le vote final:** *Les membres ordinaires peuvent faire affilier à la FMH leurs cabinets médicaux organisés en tant que personnes morales si les droits de propriété sont «majoritairement», et les directions opérationnelle et stratégique «exclusivement», entre les mains de médecins.*

**Décision: la proposition du Comité central est adoptée par 111 voix contre 5.**

*Les deux propositions adoptées seront mises en œuvre dans ce sens.*

## 2.2 Révision de l'art. 21 du Règlement d'exécution: entrée en fonction des membres du Comité central et du président

Ursina Pally/FMH présente la nouvelle proposition. Celle-ci comprend différentes exigences du Comité central (CC) et de l'Assemblée des délégués (AD) liées à l'entrée en fonction des membres du CC et du président. L'entrée en fonction des membres ou du président immédiatement à l'issue de la séance au cours de laquelle ils ont été élus restera possible. Pour que les personnes nouvellement élues puissent prendre les dispositions nécessaires dans leur vie privée et professionnelle, un délai leur sera désormais accordé. Le délai en question court jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet de la même année en cas d'élection lors de la séance de printemps, et jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante en cas d'élection lors de la séance d'automne. Comme il n'est pas toujours possible pour un membre du CC,

qui se retire ou qui n'a pas été réélu, de rester en place jusqu'à l'entrée en fonction de son successeur, une réglementation d'exception est désormais prévue. Cette exception ne sera valable que si le nouveau membre ou le nouveau président soumet une demande à la Chambre médicale; elle permet une entrée en fonction jusqu'à six mois après la séance au cours de laquelle le membre ou le président a été élu. A une seule exception: le nouveau président doit dans tous les cas diriger la Chambre médicale qui suit son élection. L'entrée en fonction doit avoir lieu le plus tôt possible.

Philippe Vuillemin/VD remercie le Comité central d'avoir soumis cette proposition. Il se demande cependant si un membre élu à la Chambre médicale de mai est en mesure d'entrer en fonction dès le 1<sup>er</sup> juillet. Il préférerait à l'art. 21 al. 2 la formulation «à la demande des nouveaux membres du Comité central ou du nouveau président». La marge de manœuvre ne doit pas être limitée par le terme «*exceptionnel*».

Konrad Schiess/SG propose de supprimer l'alinéa 2. Après son élection, un président doit immédiatement entrer en fonction. S'il est dans l'impossibilité de le faire, il est toujours possible de déléguer des tâches au vice-président afin de soulager le président durant la phase transitoire.

Vincenzo Liguori/TL: Il s'agit également d'honoraires. Les indemnités ou le remboursement de frais dans le cas d'un poste assumé temporairement par deux personnes doivent faire l'objet d'une réglementation claire.

Ursina Pally/FMH précise que la réglementation proposée prévoit une date d'entrée en fonction qui exclut les doubles affectations et les honoraires en double.

Le président soumet au vote les propositions dans l'ordre suivant:

**Proposition Schiess:** *Suppression de l'alinéa 2 de la proposition de modification. L'alinéa 2 commence par «A titre exceptionnel et à la demande du nouveau membre du CC ou du nouveau président...».*

**Décision: la proposition est rejetée par 85 voix contre 39 et 4 abstentions.**

## Proposition du Comité central: Art. 21 Election (nouveau):

<sup>1</sup> *L'entrée en fonction des membres du CC et du président a lieu au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet de la même année en cas d'élection lors de la séance de printemps, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante en cas d'élection lors de la séance d'automne. Les nouveaux membres du CC et le nouveau président peuvent définir librement la date de leur entrée en fonction, qui doit avoir lieu entre la fin de la séance au cours de laquelle ils ont été élus et le 1<sup>er</sup> juillet, respectivement le 1<sup>er</sup> janvier. Les anciens membres du CC et l'ancien président restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur.*

- <sup>2</sup> *A titre exceptionnel et à la demande des nouveaux membres du CC ou du nouveau président, la Chambre médicale peut fixer l'entrée en fonction à une date postérieure à celle prévue à l'alinéa 1. L'entrée en fonction doit être fixée au plus tard 6 mois après l'élection, le nouveau président devant dans tous les cas diriger la Chambre médicale qui suit son élection.*
- <sup>3</sup> *Dans les 15 jours qui suivent leur entrée en fonction, les membres du CC et le président communiquent au CC et à la CdG leurs mandats et fonctions au sens de l'art. 22a des statuts. Ils leur font également part dans les 15 jours de toute modification de ces mandats ou fonctions.*

**Décision: la proposition est adoptée par 127 voix et 3 abstentions.**

### 2.3 Révision de l'annexe 1 du Règlement d'exécution: catégories de membres et de cotisations

#### 2.3.1 Nouvelle formulation des catégories de membres 1 à 4

Depuis la réforme structurelle de 1998, la structure des membres de la FMH a évolué et elle continuera d'évoluer à l'avenir. Aujourd'hui, les catégories de membres ne correspondent plus exactement à la réalité actuelle, et en particulier, la définition de la catégorie 1 ne tient pas compte du fait que de nombreux cabinets gérés par les médecins le sont actuellement sous la forme juridique de la personne morale.

*Hanspeter Kuhn/FMH* explique les changements essentiels et les nouvelles propositions.

#### Catégorie 1: changement

*On ne parle plus de «médecins en pratique privée», mais de médecins exerçant en cabinet. La formulation suivante est proposée: «Médecins exerçant principalement en dehors de l'hôpital sous leur propre responsabilité médicale, juridique ou effective, y compris les médecins agréés exerçant principalement dans le secteur ambulatoire, et disposant en règle générale de leur propre autorisation d'exercer, qu'ils soient indépendants ou salariés au sens de l'AVS.»*

#### Catégorie 2: changement

*On ne parle plus de médecins salariés dans une fonction dirigeante, mais de médecins hospitaliers dans une fonction dirigeante. Pour les médecins agréés, le critère est de savoir s'ils passent plus de temps à l'hôpital ou au cabinet; selon la réponse, ils appartiennent soit à la 1<sup>ère</sup> soit à la 2<sup>e</sup> catégorie.*

#### Catégorie 3: changement

*Changement de dénomination des médecins salariés dans une fonction non dirigeante en chefs de clinique exerçant à l'hôpital et spécialistes hospitaliers. Il s'agit de la catégorie des chefs de clinique et des spécialistes hospitaliers.*

#### Catégorie 4: changement

*Vu l'organisation actuelle de la formation postgraduée, on ne parle plus de médecins en formation postgraduée en vue de l'obtention d'un titre fédéral de spécialiste, mais de médecins en formation postgraduée en vue de l'obtention d'un titre de spécialiste ou d'une formation approfondie.*

*Philipp Jenny/SSP* propose de réunir les catégories 1, 2 et 3. Il est d'avis que tous les médecins en Suisse portent un titre FMH et ne sont plus en formation postgraduée. Les anciennes catégories doivent être supprimées au profit d'une catégorie commune.

*Hanspeter Kuhn/FMH* soulève ici deux questions. Premièrement, quelle sorte de statistique la FMH doit-elle tenir? Une distinction est certainement utile. Deuxièmement, quelles sont les cotisations qui doivent sembler appropriées?

*Daniel Schröpfer/ASMAC*: Si la proposition du Comité central est acceptée, l'ASMAC soumet une contre-proposition visant à ne pas réunir les catégories 1, 2 et 3. L'ASMAC trouve que regrouper les spécialistes hospitaliers et les chefs de clinique dans la catégorie 3 n'a pas de sens, car les chefs de clinique sont encore en formation alors que les spécialistes hospitaliers travaillent de façon autonome.

*Hans-Jakob Riedtmann/ZH* propose de renvoyer le dossier au Comité central pour un remaniement. D'une part, à cause des médecins salariés qui travaillent dans un cabinet ambulatoire et, d'autre part, en raison de la question soulevée par l'ASMAC. Le projet n'est pas au point.

*Jürg Schlup/président* répond que le projet a déjà été traité deux fois par l'Assemblée des délégués (AD) et qu'il a été approuvé.

*Hans Ulrich Iselin/AG* dépose une motion d'ordre. Il souhaite maintenant adopter le projet. Pour lui, la catégorie 1 comprend tout ce qui a été discuté et il convient de mettre fin aux débats.

Vote concernant la motion d'ordre:

**Décision: la motion d'ordre est acceptée à l'unanimité.**

Le président soumet au vote les propositions dans l'ordre suivant:

**Proposition Riedtmann: Renvoi au Comité central**

**Décision: la proposition est rejetée par 95 non contre 32 oui, avec 6 abstentions.**

**Proposition Jenny: Regroupement des catégories 1, 2 et 3**

**Décision: la proposition est rejetée par 133 non contre 4 oui, avec 1 abstention.**

**Proposition Schröpfer: Séparation entre chefs de clinique et spécialistes hospitaliers sur la base de la fonction exercée et du salaire. Les chefs de clinique sont encore en formation et les spécialistes hospitaliers travaillent de façon autonome. C'est pourquoi il est recommandé d'introduire les catégories 3a et 3b.**

**Décision: la proposition est rejetée par 92 non contre 41 oui, avec 8 abstentions.**

**Proposition du Comité central:** *Nouvelle formulation des catégories de membres 1 à 4*

**Décision:** *la proposition est acceptée par 110 oui contre 26 non.*

### 2.3.2 Adaptation des cotisations de la catégorie de membres 3

*Hanspeter Kuhn/FMH* explique les propositions du Comité central.

Le Comité central et l'Assemblée des délégués ont tenté de prendre en compte l'évolution des modèles de travail dans les propositions. Un nombre accru de médecins voient leur avenir professionnel dans une activité salariée à temps partiel, dans une fonction non dirigeante. Par conséquent, il ne faut plus considérer la catégorie 3 comme une catégorie transitoire, mais plutôt comme une catégorie de membres permanente. Le Comité central recommande dès lors d'adapter la cotisation de la catégorie 3 en la fixant à  $\frac{2}{3}$  au lieu de  $\frac{1}{2}$  comme c'était le cas jusqu'à présent.

Pour *Daniel Schröpfer/ASMAC*, cette hausse de cotisation sert à diminuer le déficit de la FMH. L'ASMAC est contre une telle augmentation. Il rappelle les décisions de la Chambre médicale de 2006 et de 2009, où l'on avait annulé la restitution de cotisations après l'acquisition d'un titre aux dépens des assistants et chefs de clinique. De plus, on ne voit pas clairement quels sont les changements actuels qui justifient une augmentation des cotisations. Dans l'éventualité où la Chambre médicale déciderait d'augmenter les cotisations, l'ASMAC demande que les frais supplémentaires pour lesquels on envisage cette hausse soient justifiés.

*Philipp Jenny/SSP* déclare que les médecins salariés travaillant dans des cabinets ont déjà été transférés dans la catégorie 1, dès lors l'argument d'une cotisation plus ou moins élevée ne tient plus. Il souhaiterait qu'on lui explique pourquoi maintenant un médecin salarié en pratique privée devrait être considéré différemment d'un médecin salarié à l'hôpital.

*Hanspeter Kuhn/FMH* relève que l'argument de Daniel Schröpfer est encore pertinent dans une certaine mesure, à savoir que, dans les discussions qui ont eu lieu jusqu'ici, il a paru approprié pour le Comité central et l'Assemblée des délégués de maintenir une différence entre la fonction de chef de clinique et la fonction en cabinet médical. Mais ce sont là des décisions politiques; ce n'est pas un argument strictement juridique.

*Ricardo Torriani/ZH* estime qu'il serait logique de se baser sur le revenu imposable. Il ne comprend pas pourquoi un médecin salarié, qui profite autant de la FMH qu'un médecin exerçant à titre indépendant, devrait payer moins.

Pour *Anja Zyska Cherix/ASMAC*, l'argument avancé en faveur d'une augmentation de la catégorie 3 est faux. Les chefs de clinique, en Suisse romande du moins, n'ont pas un engagement fixe, mais changent après quelques années.

Pour *Philipp Jenny/SSP*, la répartition actuelle en catégories n'a plus rien à voir avec des cotisations de membres centrées sur les revenus. En ce qui concerne la prise en compte de la responsabilité dans la cotisation, il propose de fixer la cotisation à  $\frac{1}{4}$  au lieu de  $\frac{2}{3}$  et que cette troisième catégorie paie le même montant que toutes les autres.

*Daniel Schröpfer/ASMAC* se réfère à l'orateur précédent et demande si ce confrère est conscient que les chefs de clinique dans les hôpitaux sont encore en formation postgraduée et qu'ils n'ont par conséquent pas les mêmes ressources financières que les médecins dirigeants et les médecins-chefs. C'est pourquoi il faut garder cette différence, qu'on regarde la question sous l'angle de la responsabilité ou du point de vue financier.

*Ricardo Torriani/ZH* soumet la proposition de lier les cotisations de membres au revenu imposable.

*Bernhard Sorg/ZH* dépose une motion d'ordre en vue de mettre fin à la discussion.

**Décision:** *la motion d'ordre est acceptée à la majorité.*

Le président soumet au vote les propositions dans l'ordre suivant.

**Proposition Schröpfer:** *L'ASMAC propose de maintenir la cotisation de  $\frac{1}{2}$ . Si la Chambre médicale souhaite une augmentation à  $\frac{2}{3}$ , les coûts supplémentaires devront être justifiés.*

**Décision:** *la proposition est rejetée par 96 non contre 42 oui, avec 3 abstentions.*

**Proposition Jenny:** *Les membres de la catégorie 3 paient le même montant que ceux des catégories 1 et 2, à savoir la cotisation entière.*

**Décision:** *la proposition est rejetée par 134 non contre 14 oui.*

**Proposition Torriani:** *Les cotisations de membres doivent être calculées en fonction du revenu imposable. De cette façon, tous les cas particuliers et tous les médecins actifs à 50, 45 et 33% sont inclus. Le revenu résultant de l'activité médicale est l'élément déterminant.*

**Décision:** *la proposition est rejetée par 117 non contre 25 oui, avec 5 abstentions.*

**Proposition du Comité central:** *Adaptation de la cotisation de la catégorie 3 de  $\frac{1}{2}$  à  $\frac{2}{3}$ .*

**Décision:** *la proposition est acceptée par 98 oui contre 45 non, avec 5 abstentions.*

### 2.4 Adaptation des Statuts et du Règlement d'exécution: changement de dénomination de «Domaine» à «Département»

*Anne-Geneviève Bütikofer/SG* explique les nouvelles dénominations. La dénomination des entités de travail au sein du Secrétariat général n'est pas claire et mène à des incompréhensions. Dans le cadre de la restructuration du Secrétariat général, l'uniformisation des dénominations s'est avérée nécessaire. Par

ailleurs, l'utilisation du terme «Ressort», en français comme en allemand, pour désigner l'entité politique dépendant d'un membre du Comité central a fait l'objet de plusieurs critiques de la part des délégués de la Chambre médicale et appelait à être révisée. Une acceptation des nouvelles dénominations implique une adaptation des Statuts et du Règlement d'exécution de la FMH.

Ancien	Nouveau
Responsable de domaine (membre de CC)	Responsable de département (membre du CC)
Responsable de département ou responsable de service	Chef-fe de division
Responsable de service	Chef-fe de service

Pierre Vallon/FMPP souhaiterait savoir s'il y a des départements avec plus d'une direction.

Jürg Schlup/président mentionne les domaines Tarifs et eHealth. Ces deux domaines ont chacun deux responsables.

Le président passe au vote de la proposition suivante:

**Proposition du Comité central:** *Adoption des nouvelles désignations et adaptation des Statuts et du Règlement d'exécution en conséquence.*

**Décision:** *la proposition est acceptée à une grande majorité.*

### 3. Exposé d'un intervenant invité

L'intervenant invité à la séance de ce jour est le Prof. Frank Ulrich Montgomery, président de la Chambre médicale allemande (Bundesärztekammer). En guise d'introduction, le représentant de quelque 430000 membres salue l'excellente collaboration avec la FMH au sein d'un grand nombre de commissions et d'organismes européens. Le Prof. Montgomery dresse un état des lieux condensé de questions aussi actuelles que complexes auxquelles est confronté le secteur de la santé en Allemagne et qui suscitent en partie également le débat en Suisse. L'orateur du jour aborde les aspects les plus divers de la santé concernant au plus haut point aussi bien les médecins, les patients, la politique que l'opinion publique.

Avec plus de 300 milliards d'euros de dépenses, la santé en Allemagne constitue un secteur d'activité plus important que celui de l'industrie automobile. Alors que le secteur de la santé allemand se caractérise par un niveau de qualité élevé, une étude a montré que nos voisins d'Outre-Rhin peuvent se féliciter des temps d'attente les plus courts pour obtenir un traitement, des résultats d'examens les plus rapides, du risque d'infection le plus bas, de taux de ré-hospitalisation les moins élevés et de la meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques mais d'un très mauvais système de gestion des sorties d'hôpital. Cependant, l'«âme germanique» l'entend

d'une toute autre oreille. En dépit de la qualité élevée de la prise en charge, la satisfaction des patients stagne à un faible niveau.

Même si l'Allemagne peut objectivement se réjouir d'un bon système de santé, des réformes restent nécessaires. Le système actuel de répartition visant à financer la protection sociale doit impérativement être modifié. La régulation à outrance des systèmes sociaux étouffe l'innovation et le progrès. Le système de santé allemand n'est jamais allé aussi bien qu'en ce moment mais il doit faire face à des défis majeurs. Le financement de l'assurance sociale, la démographie, l'évolution de la démographie médicale ainsi que les nouveaux modèles de travail souhaités par les médecins impliquent des réformes. Il faudra également s'adapter à de nouveaux tableaux cliniques comme la démence. Cela suppose de commencer dès aujourd'hui à mettre en place les ressources humaines et matérielles nécessaires, faute de quoi nous ouvririons déjà grand la porte au conflit social de demain car nos enfants ne seront pas disposés à payer les pots cassés de ces évolutions, qui se matérialisent par des primes plus élevées. Il faut s'atteler à trouver des structures de financement raisonnables et susceptibles de répondre aux enjeux de demain. Le temps nous dira si les primes demeurent l'instrument adéquat.

En ce qui concerne l'avenir du financement de l'assurance-maladie obligatoire, la Suisse a déjà atteint un certain nombre de résultats alors que l'Alle-



Le Prof. Frank Ulrich Montgomery, président de la Chambre médicale allemande, était l'invité surprise de la Chambre médicale.

magne enregistre des retards dans ce domaine. En instaurant les DRG, l'Allemagne est entrée de plein pied dans le financement hospitalier de demain même si les forfaits par cas, que la Suisse a également appelé de ses vœux, ne sont pas encore la panacée. Enfin, nos deux pays évoluent dans les mêmes zones de tension: garantir d'une part les prestations d'intérêt général et d'autre part la prise en charge médicale. Les débats politiques et publics à ce sujet vont continuer et perdurer aussi bien en Suisse qu'en Allemagne. Il appartient donc à tous les acteurs de réfléchir aux opportunités du marché et de l'économie ainsi qu'aux conflits qui y sont liés, et de participer à l'élaboration de solutions.

*Le président remercie le Prof. Montgomery pour son exposé passionnant et instructif.*

#### 4. Confirmation du vice-président de la Commission de déontologie

Lors des élections générales de 2012, la Chambre médicale a réélu le Dr Urs Strebel au poste de vice-président de la Commission de déontologie pour une nouvelle période électorale. En 2013, le Dr Strebel a atteint la limite d'âge ordinaire fixée par les Statuts pour occuper une fonction à la FMH, soit 68 ans. En vertu de l'art. 22 des Statuts de la FMH, le collège électoral peut cependant «repousser cette limite d'âge dans des cas exceptionnels».

**Proposition du Comité central:** *Confirmation de la fonction du Dr Urs Strebel en qualité de vice-président de la Commission de déontologie de la FMH jusqu'à la Chambre médicale d'octobre 2014.*

**Décision:** *par 110 oui contre 8 non et avec 6 abstentions, le Dr Urs Strebel est confirmé dans sa fonction de vice-président de la Commission de déontologie de la FMH jusqu'à la Chambre médicale d'octobre 2014.*



Les intérêts des praticiens allemands et suisses en matière de politique professionnelle se rejoignent sur de nombreux points.



Les délégués remercient l'invité surprise pour son passionnant exposé par une pluie d'applaudissements.

#### 5. Confirmation des membres de l'Assemblée des délégués nommés par les organisations faitières

Ce vote est le premier vote par voie électronique de la Chambre médicale suisse. Les résultats électroniques sont également notés dans la liste de vote de la FMH afin qu'une copie de sécurité soit disponible.

##### VEDAG

Sortant: Thomas Heuberger, Hilterfingen  
nouveau dès le 1. 1. 2014: Beat Gafner, Niderscherli

##### AMDHS

Ancien: Carlo Moll, Münsterlingen  
nouveau dès le 3. 10. 2013: Karl-Olof Löwblad, Genève

**Décision:** *la proposition est acceptée par 111 oui contre 4 non, avec 9 abstentions.*

#### 6. Planification financière / contrôle financier

En 2011, le Secrétariat général a procédé à une analyse des risques et des faiblesses. Les premières mesures, à savoir l'optimisation et la centralisation du processus budgétaire, ont déjà été réalisées. *Anne-Geneviève Bütikofer/SG* présente d'autres instruments qui ont été introduits depuis la dernière Chambre médicale. Lorsque la FMH décide d'un soutien financier à la réalisation d'un projet, ou d'une manifestation, en mandatant un partenaire ou une institution externe, elle doit d'une part procéder à une analyse

préalable de la situation financière et d'autre part garantir un contrôle de suivi. L'absence de cadre à ce soutien financier et l'absence de contrôle portant sur l'utilisation des montants alloués ainsi que sur la réalisation concrète de l'objectif visé génèrent des risques.

Au sens de l'art. 50 al. 2 du Règlement d'exécution, le Comité central a déjà approuvé les instruments suivants:

### 6.1 Préavis technique et financier

Il s'agit de l'examen de la conformité du projet. Cet examen est effectué par le responsable des finances pour toutes les demandes de soutien financier adressées à la FMH.

### 6.2 Confirmation de l'utilisation des aides financières (<CHF 10000.–)

Les aides financières inférieures à CHF 10000.– feront l'objet d'une déclaration d'engagement écrite de la part du bénéficiaire. Celui-ci est tenu d'affecter les fonds à l'objet spécifié, faute de quoi la FMH se réserve le droit de révoquer son soutien financier avec effet immédiat et de ne plus faire d'autre versement en cas de paiement échelonné ou de réclamer le remboursement de la somme totale ou partielle.

### 6.3 Contrat de prestations (>CHF 10000.–)

Un contrat est établi entre le fournisseur de prestations et la FMH. Ce contrat peut être prolongé à son échéance et fait l'objet d'un contrôle par le responsable des finances de la FMH. Les contrats de prestations d'un montant de CHF 100000.– ou plus pour un seul engagement et de CHF 50000.– ou plus pour un engagement renouvelable de manière régulière doivent tout d'abord être approuvés par la Commission de gestion.

Par ailleurs, la secrétaire générale informe les délégués de l'introduction d'un outil de gestion de projet. Un premier projet-pilote a déjà commencé.

## 7. Budgets 2014 de l'ISFM, de la CdG et de la FMH

Le président donne la parole à *Christoph Hänggeli/ISFM*, lequel saisit l'occasion pour donner quelques brèves informations avant de présenter le budget.

- Révision de la loi sur les professions médicales (LPMéd)

Dans la révision partielle, le Conseil fédéral a repris de nombreux points soulevés par la FMH mais il n'a pas tenu compte de la demande de créer un registre complet des professions médicales répertoriant tous les médecins en exercice. L'Office fédéral de la santé publique est d'avis que la Confédération n'est pas compétente en la matière et qu'elle peut régler uniquement les professions relevant de l'économie privée, mais pas l'activité médicale dans un hôpital public. A la demande de toutes les associations des professions

médicales universitaires, la FMH a chargé le professeur Fleiner d'établir une expertise. Celui-ci est parvenu à la conclusion que la Confédération a la compétence pleine et entière de légiférer dans ce domaine. En plus d'un tel registre, l'ISFM exige aussi que les devoirs professionnels s'appliquent à tous les médecins et qu'en cas d'introduction de nouveaux titres fédéraux de spécialiste, les titres déjà octroyés soient au même niveau.

- Logbook électronique  
Ce projet a déjà été présenté à la dernière Chambre médicale. L'accès fonctionne et tous les médecins, membres ou non, peuvent s'enregistrer avec un nom d'utilisateur et un mot de passe. Mais le calendrier ne peut pas être tenu. Le logbook électronique devrait devenir obligatoire dès l'été 2015.
- Nouveaux titres de spécialiste  
Les deux titres de spécialiste «Chirurgie thoracique» et «Chirurgie vasculaire» nouvellement créés existaient déjà en tant que formations approfondies.
- Concours de projets / Prix de l'ISFM  
La mise au concours est prête à être publiée. Une somme de CHF 100000.– est mise à disposition. Ce montant est destiné à des projets novateurs dans le domaine de la formation postgraduée. On envisage également de remettre un prix à des responsables de formation postgraduée méritants.

### 7.1 Budget 2014 de l'ISFM

*Christoph Hänggeli/ISFM* présente le budget 2014 de l'ISFM, basé comme d'habitude sur le nombre de



En dehors de la séance plénière, il reste suffisamment de temps pour échanger avec les autres délégués.

titres remis. Selon les estimations, ce nombre devrait rester stable. Le budget 2014 présente une perte de CHF 287 000.– consécutive à des dépenses supplémentaires pour projets, à des compensations internes et à des frais de personnel. Les recettes devraient rester stables mais la réduction des taxes commencera à produire ses effets en 2014. Le déficit sera compensé par la dissolution de provisions.

*Jürg Schlup/FMH* remercie C. Hänggeli de ces explications. Aucune question n'étant posée, il soumet au vote la proposition de l'ISFM d'approuver le budget 2014.

**Décision: le budget 2014 de l'ISFM est approuvé à la grande majorité.**

### 7.2 Budget 2014 de la CdG

*Emanuel Waeber/FMH* présente le budget 2014 de la CdG, lequel ne donne lieu à aucune remarque ou modification particulière par rapport au budget 2013.

*Daniel Schröpfer/ASMAC* aimerait savoir pourquoi les dépenses ont autant augmenté depuis 2012 et si des mesures de réduction ont déjà été prises.

*Adrian Sury/CdG* indique que le travail de la CdG est très difficile à budgétiser. 2012 a été une année avec des charges supplémentaires élevées liées à des changements d'ordre organisationnel. Le passage de témoin aux nouveaux membres a occasionné davantage de séances et donc des frais supplémentaires.

La parole n'étant plus demandée, le président soumet au vote la proposition du Comité central d'accepter le budget 2014 de la CdG.

**Décision: le budget 2014 de la CdG est accepté à la grande majorité.**

### 7.3 Budget 2014 de la FMH

*Emanuel Waeber/FMH* présente le budget 2014 de la FMH. Le rapport entre les recettes et les dépenses liées ne laissera aucune marge de manœuvre en 2014. Les réserves seront utilisées pour les tâches centrales de la FMH, à savoir pour la réalisation des projets. Le budget présente une perte de CHF 299 000.– (sans l'ISFM). Les écarts principaux par rapport au budget de l'exercice précédent concernent les frais de personnel, en particulier les salaires de tiers, les projets ainsi que les licences/mises à jour/maintenance. La dissolution de provisions affectées à des fins déterminées permettra d'éviter un déficit.

*Vincenzo Liguori/TI* aimerait savoir s'il existe à la FMH un règlement du personnel qui règle le temps de travail, les heures supplémentaires et les vacances. *Emanuel Waeber* lui confirme que ces règlements existent et que chaque collaborateur saisit son temps de travail de façon informatisée.

*Adrian Sury/CdG* donne encore les précisions suivantes avant le vote. Conformément aux Statuts, la CdG doit livrer pour chaque Chambre médicale un rapport limité aux éléments essentiels. Elle a pu s'entretenir à plusieurs reprises avec le président et la secrétaire générale à propos du budget 2014. La part

élevée des frais fixes et la part des coûts liés réduisant au maximum la marge de manœuvre pour des développements stratégiques la préoccupent beaucoup. Il faudra trouver des solutions dans un proche avenir pour éviter une hausse des cotisations de membres. Les frais de personnel ont augmenté de 30% depuis le vote sur la réforme des structures par la Chambre médicale en 2007. Des augmentations dans ce domaine seront à nouveau inévitables en 2014. Les mesures de stabilisation budgétaire décidées par la Chambre médicale en 2007 ont été mises partiellement en œuvre. De même, les mesures et instruments présentés ce jour par *Anne-Geneviève Bütikofer/SG* vont dans la direction souhaité par la CdG. En outre, la CdG estime que le Comité central devrait davantage travailler au niveau stratégique et moins au niveau de la gestion des dossiers, les tâches opérationnelles devant être laissées à la charge des collaborateurs spécialisés du Secrétariat général. La CdG estime que l'on pourrait faire ici des économies importantes mais elle a cependant constaté un problème structurel concernant l'Assemblée des délégués. Etant donné l'introduction de deux Chambres médicales ordinaires, la CdG se demande si l'Assemblée des délégués doit encore tenir six séances par an.

*Pierre Vallon/FMPP* indique qu'un groupe de travail se penche actuellement sur une réorganisation de l'Assemblée des délégués.

*Jürg Schlup/FMH* les remercie pour ces compléments d'information. La parole n'étant plus demandée, il soumet au vote la proposition du Comité central d'accepter le budget 2014 de la FMH.

**Décision: le budget 2014 de la FMH est accepté à la grande majorité.**

### 7.4 Contribution spéciale NAKO (NewIndex)

*Ernst Gähler/CC* donne des informations sur la contribution spéciale versée au Centre national de consolidation des données (NAKO). A cet effet, la FMH perçoit une contribution liée de CHF 40.– auprès des membres des catégories 1 et 2. Le NAKO est chargé de traiter les chiffres de NewIndex pour les négociations tarifaires de la FMH et de la CCM ainsi que pour les sociétés de discipline médicale. D'une part, ces données sont une base importante pour les négociations sur la valeur du point tarifaire et, d'autre part, la FMH ne pourrait jamais assumer la conduite du projet de révision de la structure tarifaire (TARVISION) sans ces chiffres. La contribution spéciale représente le financement nécessaire au fonctionnement de base de l'infrastructure, elle garantit l'exploitation de NewIndex et permet ainsi au corps médical d'avoir un accès permanent au système NAKO. *Ernst Gähler/CC* souligne une nouvelle fois que ces données sont déterminantes et indispensables pour la révision tarifaire et il compte donc sur l'approbation de la Chambre médicale.

La parole n'étant plus demandée, le président soumet au vote la proposition du Comité central.

**Décision: la proposition est acceptée à la grande majorité. La secrétaire générale élaborera un contrat de prestations avec la société NewIndex SA.**

### 7.5 Contribution spéciale IPI

François Héritier/SSMG présente les motifs de cette proposition et les conditions pour une documentation électronique dans les cabinets médicaux. Comme les conditions élémentaires font encore défaut aujourd'hui, les données électroniques ne peuvent pas être échangées entre les différents logiciels. En raison de ce manque d'interopérabilité, les médecins deviennent dépendants de la société de logiciels qu'ils ont choisie, ce qui n'est pas sans conséquence sur les prix et les frais de maintenance. F. Héritier explique ensuite les raisons de remettre à l'Institut pour l'informatique au cabinet médical (IPI) le mandat global concernant le dossier électronique du patient et l'informatisation concrète du cabinet médical. La cybersanté et l'informatisation des dossiers médicaux n'en sont qu'à leurs débuts et de nombreuses attentes du corps médical en la matière ne sont toujours pas remplies. Cependant, la Confédération et eHealth Suisse entendent malgré tout introduire le dossier électronique du patient le plus rapidement possible. L'attribution du mandat global à l'IPI permettrait au corps médical de prendre les choses en main et d'avoir une entité coordinatrice. Les bases déjà mises au point par les médecins de famille représentent une plus-value aussi pour les spécialistes et les hôpitaux. F. Héritier demande donc à la Chambre médicale si le corps médical souhaite confier ce mandat à l'IPI et lui accorder sa confiance. L'Assemblée des délégués et le Comité central l'ont déjà approuvé.

Jürg Schlup/président le remercie pour cette explication claire et engagée et donne la parole aux personnes présentes.

Adrian Sury/CdG aimerait communiquer l'avis de la CdG avant la discussion. La CdG n'a pas à examiner le contenu du projet IPI ni à se demander s'il est nécessaire et approprié mais à vérifier que le déroulement de la Chambre médicale est conforme aux Statuts. En vertu de l'art. 32 des Statuts, différentes organisations de la FMH – dont la SSMG – peuvent demander à porter un point à l'ordre du jour de la Chambre médicale et le transmettre ainsi en théorie au président, au Comité central et à l'Assemblée des délégués. Une telle proposition doit être envoyée au moins cinq semaines avant la Chambre médicale; or ce n'est pas le cas ici. La CdG est cependant prête à renoncer au délai d'envoi prescrit afin d'éviter que cette affaire ne soit repoussée à l'année prochaine.

La CdG voit toutefois un autre problème. La proposition de la SSMG se compose de deux parties. La première consiste en l'attribution du mandat global à l'IPI pour le dossier électronique du patient. La question se pose ici de savoir si les Statuts permettent à la Chambre médicale de se prononcer en la matière. L'art. 30 des Statuts ne donne pas à celle-ci la compétence de conclure des contrats, en particulier des contrats bilatéraux prévoyant des prestations et contre-prestations. L'Assemblée des délégués ne dispose pas non plus d'une telle compétence. En revanche, le Comité central dispose d'une compétence générale, aussi pour cette affaire, en vertu de l'art 49 al. 2 des Statuts. Le financement du mandat relève toutefois de la Chambre médicale. Mais la circulaire qui a été envoyée ne donne absolument aucune indication sur le contenu du contrat entre l'IPI et la FMH. Cette façon de procéder contrevient aux principes et aux procédures de la FMH.

Afin d'éviter que cette proposition ne soit remise inutilement à plus tard, A. Sury propose que la Chambre médicale soit uniquement informée à ce



Les délégués suivent avec attention les discussions portant sur les nombreux points à l'ordre du jour.

sujet aujourd'hui. Le Comité central n'a pas le droit de signer un contrat avec l'IPI avant que le financement ne soit assuré à long terme. Il rappelle qu'au cours des années précédentes, il a été question d'un financement initial de la FMH de trois fois CHF 150 000.-. Aujourd'hui, on parle d'un montant de CHF 970 000.- pour deux ans sans connaître les coûts subséquents. La CdG estime qu'il s'agit d'une affaire centrale de la FMH et que, de ce fait, elle devrait être examinée par un département du Comité central.

Compte tenu de ces informations, *Jürg Schlup/président* propose d'éclaircir tout d'abord la question du délai d'envoi des propositions. Il conviendra ensuite de prendre une décision concernant l'attribution du mandat global et l'approbation de la contribution spéciale.

Avant d'ouvrir la discussion, le président tient à clarifier la question du délai et passe au vote.

**Décision: la Chambre médicale décide par 91 voix contre 16 d'entrer en matière.**

Cette affaire sera donc traitée à la séance de la Chambre médicale de ce jour.

*Vincenzo Liguori/TI* regrette l'absence d'une traduction en français de la proposition envoyée le 7 septembre 2013. Le temps a été trop court pour approfondir le sujet et prendre position. Il va de soi que tous les médecins accordent une grande importance à l'informatique au cabinet, même si les expériences faites au cours de ces dernières années invitent à la prudence. Le dossier électronique du patient n'est, au fond, pas beaucoup plus qu'une identification. Les difficultés accompagnant l'échange des données et l'absence de compatibilité sont déjà apparues avec la carte du patient. Comme on n'a pas évalué les avantages pour le cabinet médical, il demande, au nom de la société tessinoise, de repousser cette affaire à la prochaine Chambre médicale afin de pouvoir, dans l'intervalle, discuter de toutes ces questions de manière approfondie et les éclaircir.

*Jean-Pierre Pavillon/VD* est d'avis que les tâches et les objectifs de l'IPI n'ont pas été clairement définis jusqu'à présent. On a l'impression que des arrières-pensées commerciales jouent aussi un rôle. Il ne voit pas la nécessité de subventionner un tel institut. Il propose qu'en cas d'acceptation, on inscrive explicitement dans le contrat que l'IPI n'a pas le droit d'avoir des contacts personnels ou tout autre échange avec une entreprise commerciale.

*Pierre-Alain Schneider/GE* fait remarquer que le groupe de travail eHealth s'occupe depuis longtemps déjà de ce dossier au niveau politique mais qu'il ne lui incombe pas de le mettre en œuvre. La proposition actuelle du Comité central contient entre autres aussi la délégation de certains mandats à l'IPI qui les a toutefois refusés. Il trouve inacceptable que la FMH externalise de telles activités car elle en perd le contrôle.

*Charles Favrod-Coune/VD* se réfère à la demande

de la CdG. S'il a bien compris, celle-ci voudrait intégrer le projet dans un département du Comité central. Dans ce cas, il souhaite des précisions.

*Philippe Vuillemin/VD* est d'avis, au vu des expériences qu'il a faites en 1985 et des surcoûts qui en ont résulté, qu'on court le même risque avec l'IPI. Il aimerait voir enfin des résultats, c'est pourquoi il soutient la proposition de la CdG de ne mener aujourd'hui qu'une discussion générale et de repousser la décision à la prochaine Chambre médicale.

*Didier Châtelain/GE* aimerait savoir si l'on a déjà des experts susceptibles de diriger l'IPI et s'il existe d'autres sources de financement.

*François Héritier/SSMG* précise qu'il existe un comité composé de médecins libéraux, d'un directeur technique et d'un représentant de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM). En revanche, il n'existe pas de nouvelles ou d'autres sources de financement à ce jour.

*Jürg Rufener/SSMI* en appelle à la solidarité. Ce sont les Médecins de famille Suisse qui ont principalement financé l'IPI et investi des sommes importantes jusqu'à présent.

*Beat Gafner/BE* ne voit pas d'autre solution que de confier le mandat global à l'IPI et il demande d'accepter les propositions de la SSMG.

*Lars Henrik Frauchiger/ASMAC* indique que le problème est bien connu mais qu'on n'a pas de solution. Pour l'heure, on investit beaucoup d'argent à fonds perdu sans rien obtenir en retour. Le *business plan* fait défaut et les rôles n'ont pas non plus été définis. Si la FMH tient véritablement à un tel institut, celui-ci doit être rattaché à un département du Comité central.

*Hervé Spechbach/ASMAC* craint qu'un institut soit créé en plus des réseaux déjà existants, ce qui conduirait à des doublons.

*Franziska Zogg/ZG* affirme clairement que l'IPI ne tient pas à entrer en concurrence avec les réseaux actuels. Il s'agit bien au contraire de relier entre eux des îlots existants, que ce soit dans les régions entre des cabinets médicaux ou peut-être aussi avec une clinique. En outre, il convient d'intégrer l'important flux de données dans la documentation électronique. L'IPI réalisera ces travaux d'interface et invitera les fabricants de logiciels à s'entendre sur un langage commun, non pas sur un programme imposable à tous.

*Markus Guzek/ASMAC* aimerait savoir qui utilisera cet argent et dans quel but. Comme il faudra à nouveau voter dans une année sur sa prolongation, il faut fixer des objectifs clairs qu'il conviendra de remplir et de vérifier jusqu'à l'année prochaine.

*Heinz Bhend/SSMG* a, en sa qualité de délégué, examiné ces questions de manière approfondie avec le responsable technique de l'IPI. Le but est d'optimiser les outils du cabinet médical. A l'heure actuelle, il existe 65 solutions informatiques différentes pour les cabinets médicaux, d'où la difficulté d'avoir des

échanges coordonnés. L'objectif de l'IPI est et restera le *leadership*. Si cette tâche est confiée à d'autres partenaires externes, cette solution pourrait coûter cher à la FMH. H. Bhend estime qu'il faut impérativement régler le financement avant de confier au Comité central le soin d'élaborer un contrat. L'argent sera utilisé pour les travaux préliminaires déjà réalisés et pour les nouveaux contrats qui seront négociés avec les fabricants de logiciels. H. Bhend n'accepte pas l'argument selon lequel aucun résultat n'est visible à ce jour et il rappelle la feuille de route développée en 2008.

*Hans Ulrich Iselin/AG* propose le compromis suivant: autoriser le Comité central à prélever une contribution maximale de CHF 30.- après la conclusion du contrat.

*Charles Favrod-Coune/VD* aimerait savoir pour quelles raisons la CdG propose un transfert de l'IPI dans un département du Comité central.

*Adrian Sury/CdG* estime que les affaires importantes ne devraient pas être confiées à des sociétés externes. Il mentionne des exemples analogues qui ont occasionné des problèmes et des pertes dans le passé. Il existe, en effet, des affaires centrales qui doivent être traitées au sein de la FMH afin d'en garantir la conduite et le contrôle.

*Peter Wiedersheim/SG* est convaincu que d'ici quelques années, chaque médecin aura informatisé les dossiers de ses patients. Aujourd'hui, 25% des cabinets ont, dans le meilleur des cas, l'équipement adéquat et les 75% restants ont tout intérêt à approuver enfin cette proposition. On discute de ce projet depuis longtemps déjà, sans succès. Le fait que l'IPI n'était, à l'époque, pas directement rattaché à la FMH est dû à des causes historiques. P. Wiedersheim demande aux délégués présents d'approuver la proposition.

*Marc-Henri Gauchat/SMSR* rappelle qu'on a reproché à eHealth d'avoir une démarche «top down». On veut maintenant le contraire en ce qui concerne l'IPI, à savoir confier à la base le choix du logiciel qu'elle veut utiliser. Le problème est que cela marchera pendant cinq à six ans. Ensuite, nul n'a la garantie que le fabricant de logiciel existera encore. Et ce serait un véritable cauchemar. Le dossier électronique concerne tous les patients. Si l'on n'exige pas de l'industrie qu'elle utilise les mêmes techniques, il ne sera guère possible de changer de logiciel aussi simplement et cela causera d'énormes problèmes aux médecins. Dans le canton du Valais, on a confié le projet-pilote INFO-MED à une entreprise qui comptait 50 clients. Après sa faillite, les utilisateurs ont rencontré de graves problèmes. Si l'on souhaite une certaine sécurité, on devrait accepter la proposition de la SSMG.

*Daniel Schröpfer/ASMAG* souligne que l'IPI existe depuis 10 ans déjà sans résultat concret jusqu'à présent. Peu avant la Chambre médicale, l'ASMAG a interrogé Monsieur Zoller à propos des objectifs et du *business plan* et celui-ci n'a pas été en mesure de fournir davantage d'informations. D. Schröpfer est d'avis que l'approbation de ces CHF 30.- représente une augmentation indirecte de la cotisation, étant

donné l'absence d'une utilité et d'un résultat quelconque.

*Brigitte Muff/ZH* aimerait connaître l'avis des deux membres du Comité central responsables du département concerné.

*Gert Printzen/CC* précise que suite aux discussions avec l'IPI et au résultat du groupe de travail, il a été suggéré de définir des mandats pour chaque thème en particulier. Jusqu'à ce jour, on ne dispose ni d'un concept concret ni d'un projet clair avec un budget correspondant. Une prise de position dûment fondée de l'IPI fait défaut, ce qui indique que l'IPI aimerait suivre un autre chemin. Pour ces raisons, G. Printzen voit le tout d'un œil plutôt critique.

*Urs Stoffel/CC* constate que le niveau d'information n'est pas le même entre les délégués. Il comprend que les avis puissent diverger concernant ce projet. Le département eHealth est depuis longtemps en discussion avec l'IPI. Si le mandat global est remis aujourd'hui à l'IPI, il le sera en étroite collaboration avec le département du Comité central, lequel a des contacts réguliers avec l'organe de coordination eHealth de la Confédération et des cantons. Les discussions portent principalement sur des problèmes d'interface. Or il faudrait plutôt parler de «recoupelements» que d'«interfaces».

*Philippe Vuillemin/VD* estime que la Chambre médicale ne peut pas décider seule. La contribution de CHF 30.- est ridicule et pourtant, il faut justifier auprès des sociétés de discipline médicale pourquoi on s'engage dans une affaire dont on ne connaît pas l'utilité. Il s'oppose donc à cette augmentation et ne voit pas l'urgence de prendre une décision déjà aujourd'hui en l'absence d'un contrat et d'un financement. Comme l'Université de Saint-Gall est également impliquée dans ce projet, il aimerait savoir combien elle reçoit en l'occurrence.

*Jürg Rufener/SSMI* précise que c'est l'association Médecins de famille Suisse qui a versé l'ensemble des contributions à l'Université de Saint-Gall.

*Jürg Schlup/président* soumet à la Chambre médicale une motion d'ordre pour mettre fin à la discussion. Les personnes qui ont déjà demandé la parole pourront encore s'exprimer.

**Décision: la motion d'ordre est acceptée à une grande majorité.**

*Ricardo Torriani/ZH* est d'avis que l'on devrait faire preuve d'objectivité malgré la nature politique de la discussion. Il ne voit aucun obstacle au rattachement immédiat de l'IPI à la FMH. Et c'est d'ailleurs aussi la demande de la CdG. Reste la question de savoir sous quelle forme et si l'IPI est d'accord.

*Jürg Schlup/président* rappelle qu'il faut traiter ici les propositions de la SSMG. Les autres questions ne font pas l'objet des propositions actuelles. Il faudra voir avec l'IPI s'il accepte un tel transfert. Comme l'a expliqué la CdG, il s'agit aujourd'hui de voter sur la contribution.

*Heinz Bhend/SSMG* indique que la question de l'intégration a été discutée de différentes façons avec

le Comité central. La voie actuelle consiste toutefois à coopérer dans la perspective d'une intégration prévue pour 2016.

*Konrad Walter Schiess/SG* s'étonne que le Comité central s'appuie dans ce dossier uniquement sur la présentation de l'IPI. Les explications lacunaires des représentants du Comité central sont insuffisantes. Si l'engagement du Comité central n'est pas plus élevé aujourd'hui, alors il se prononce en faveur de la proposition même en sachant que de nombreux problèmes ne sont pas résolus.

*Urs Stoffel/CC* souligne que ce dossier a été très bien préparé et qu'il a été adopté par l'Assemblée des délégués. Un groupe de travail a examiné les différentes possibilités et il est parvenu à la conclusion qu'il fallait approuver la proposition présentée aujourd'hui. En ce qui concerne les ressources, la FMH ne peut pas financer le projet par ses propres moyens. Une contribution spéciale est nécessaire. La demande a été déposée par l'IPI; la procédure a toutefois été entièrement développée par le Comité central et l'Assemblée des délégués. Compte tenu de la proposition de la SSMG soumise aujourd'hui à la Chambre médicale, il est clair que le Comité central soutient le projet.

*Daniel Schröpfer/ASM* rétorque que les avis étaient partagés à l'Assemblée des délégués.

*Franziska Zogg/ZG* lui répond que l'Assemblée des délégués a voté en faveur du mandat IPI par 14 oui et 0 non. Il y a eu certes des abstentions mais pas d'opposition.

*Michaël Hagmann/VD* demande de repousser la décision. La complexité des programmes informatiques et des logiciels est telle qu'on pourrait en discuter encore longtemps. Il serait probablement plus judicieux d'établir une vue d'ensemble de tous les projets informatiques. Il propose donc aux délégués de renvoyer le dossier au Comité central aux fins d'améliorer le projet avant de le soumettre encore une fois à la Chambre médicale.

*Pierre-Alain Schneider/GE* soutient ce renvoi au Comité central.

*Monique Lehky Hagen/VS* plaide en faveur de cette proposition car elle estime que les nouveaux instruments de contrôle présentés par le Secrétariat général permettent de garantir qu'après l'approbation de la proposition, le Comité central élabore un mandat sous une forme contractuelle. En outre, comme on l'a déjà dit, ce dossier sera à nouveau traité à la Chambre médicale l'année prochaine.

Le président fixe la procédure de vote et les délégués se prononcent comme suit:

**Proposition de la SSMG:** Une contribution spéciale de CHF 30.- par membre et par année sera prélevée.

**Décision:** la proposition est approuvée par 53 oui, 46 non et 6 abstentions.

**Proposition Pavillon:** En cas d'acceptation de la cotisation extraordinaire, il est inscrit au contrat de prestation l'obligation de remboursement de la mise de fonds en cas de profit par l'IPI.

**Décision:** la proposition est approuvée par 62 oui, 36 non et 4 abstentions.

**Proposition Iselin:** Le Comité central conclut un contrat de prestations avec l'IPI; il débloquent le montant de CHF 30.- décidé par la Chambre médicale après la conclusion de ce contrat.

**Décision:** la proposition est approuvée par 83 oui, 12 non et 7 abstentions.

## 8. Initiative des médecins de famille et contre-projet

L'initiative des médecins de famille a été retirée le 27 septembre 2013. Le même jour, le Parlement a adopté le contre-projet. *Jürg Schlup/président* rappelle que peu après son dépôt, cette initiative a été évaluée positivement par l'Assemblée des délégués. Depuis, plus aucune décision n'a été prise. Aujourd'hui, il



Les nombreux collaborateurs de la FMH et de l'ISFM présents veillent au bon déroulement de la journée.



Lors de la pause de midi, les délégués reprennent des forces et en profitent pour discuter avec leurs confrères.

s'agit d'examiner le contre-projet du Parlement, qui vise à introduire un nouvel article, l'article 117a, dans la Constitution fédérale.

Le président cède la parole au *Prof. Peter Tschudi* qui rappelle l'historique de l'initiative «Oui à la médecine de famille». Comme chacun sait, le Conseil fédéral s'est prononcé pour la première fois à ce sujet en octobre 2010 en opposant un contre-projet direct qu'il a adopté en 2011. Les initiants ont à de nombreuses reprises indiqué quelles conditions devaient être remplies pour qu'ils retirent leur initiative. Le *Prof. Peter Tschudi* présente et explique le nouvel article constitutionnel 117a, tel qu'il a été accepté le 27 septembre 2013 au Parlement.

#### **La Constitution est modifiée comme suit:**

##### **Art. 117a (nouveau) Soins médicaux de base**

- <sup>1</sup> Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base et l'encouragent.
- <sup>2</sup> La Confédération légifère:
  - a. sur la formation de base et la formation spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base et sur les conditions d'exercice de ces professions;
  - b. sur la rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille.

*Ernst Gähler/CC* évoque la question des tarifs en lien avec l'initiative. Le contre-projet direct du Parlement et l'assurance par le Conseil fédéral d'améliorer la situation financière des médecins de premier recours dans le TARMED ainsi qu'une augmentation de l'indemnisation des analyses de laboratoire répondent

aux revendications principales du comité de l'initiative populaire. La FMH salue ce renforcement mais regrette en même temps que le Conseil fédéral dispose désormais de la possibilité d'intervenir dans la structure tarifaire suite à l'échec des négociations. La révision du TARMED, menée depuis trois ans par les partenaires tarifaires, la FMH, H+ et la CTM, est ainsi compromise. Pour que chaque prestation soit évaluée de manière objective et appropriée, il faut des règles claires. Le corps médical doit pouvoir contribuer de manière déterminante à l'évaluation des prestations médicales ambulatoires. Concernant le TARMED, le conseiller fédéral A. Berset a chiffré la revalorisation des médecins de famille à 200 millions de francs. Opposée depuis le début à une redistribution linéaire des revenus des spécialistes aux médecins de premier recours, la FMH a toujours soutenu la revalorisation financière des médecins de famille et des pédiatres. C'est pourquoi, avec l'aide de ses partenaires tarifaires H+ et la CTM, elle entend terminer la révision globale en cours de la structure tarifaire TARMED d'ici fin 2015.

Seuls 85 délégués étant encore présents au moment de procéder au vote de cette proposition, la Chambre médicale n'est plus habilitée à prendre des décisions. Un vote consultatif a donné les résultats suivants: 61 oui, 5 non et 19 abstentions.

*Hans Ulrich Iselin/AG* demande au Comité central de réaliser un vote par correspondance auprès des délégués, en vertu de l'art. 34 al. 1 des Statuts. Les délégués soutiennent cette proposition par 55 oui, 9 non et 1 abstention. Le Comité central examinera la suite de la procédure et prendra une décision en fonction de ce résultat.

#### **Complément au point 8: Initiative des médecins de famille et contre-projet**

Suite à la Chambre médicale, un vote par correspondance a été réalisé auprès des délégués ayant droit de vote concernant l'introduction dans la Constitution fédérale de l'art. 117a (nouveau) Soins médicaux de base; ce dernier devrait être soumis au peuple en mai prochain. Au total, 200 délégués à la Chambre médicale ont été invités à s'exprimer à ce sujet. Sur les 150 bulletins entrés (taux de participation de 75%), 149 sont valables. Résultats du vote: 110 oui (74%), 21 non (14%), 18 en faveur de la liberté de vote (12%).

**La Chambre médicale se déclare favorable à l'introduction de l'art. 117a (nouveau) Soins médicaux de base dans la Constitution fédérale.**

#### **9. Augmentation du capital-actions de HIN**

Le quorum n'étant plus atteint, cet objet est reporté à la prochaine Chambre médicale.

#### **10. Rapport du Comité central, du Secrétariat général et des domaines**

Pour des raisons de temps, ce point n'est pas traité.

### 11. Rapport du président de l'Assemblée des délégués

Pour des raisons de temps, ce point n'a pas été traité.

*Jürg Schlup* clôt la séance à 17h et remercie tous les délégués, les membres du Comité central, la secré-

taire générale ainsi que tous les collaborateurs du Secrétariat général pour leur engagement en faveur des membres. Il appelle les délégués à la Chambre médicale à poursuivre eux aussi, en tant que représentants des membres de la FMH, leur engagement pour les membres.

Glossaire		FMH	Fédération des médecins suisses
AD	Assemblée des délégués	IPI	Institut pour l'informatique au cabinet médical
BMS	Bulletin des médecins suisses	ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
CC	Comité central	LPMéd	Loi sur les professions médicales
CdG	Commission de gestion	NAKO	Service national de consolidation
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique	SSC	Société suisse de chimie
CEAGH	Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine	SSO	Société suisse des médecins-dentistes
CF	Conseil fédéral	SSV	Société des vétérinaires suisses
ChM	Chambre médicale	TARMED	Tarif pour les prestations médicales ambulatoires
CTM	Commission des tarifs médicaux	TARVISION	Projet de la FMH visant à réviser la structure tarifaire du TARMED
DRG	Diagnosis Related Groups		
eHealth	Terme générique désignant l'ensemble des services de santé électroniques		