

EDITORIAL

Musique et médecine

Dr Bl. Bourrit

C'est un petit jeu auquel je vous convie : Dans le texte suivant, où Alexandre Baricco explore l'univers musical à la recherche d'un sens de la musique «d'avant-garde», amusez-vous - après une première lecture culturelle - à remplacer les mots «musique» par «médecine», «auditeur» par «médecin», et vous n'aurez plus qu'à changer «modernité» par «TarMed» pour percevoir l'abîme entre le monde que nous avons connu et celui qui nous attend.

«La musique classique était l'expression d'un système social et philosophique achevé et intelligible. La modernité est un non-système dont la règle est l'indéterminé, le provisoire, le partiel. Un geste capable de relier cette tradition-là avec le présent ne peut donc être qu'un geste violent, excessif, extrême. (...) La modernité a quelques points communs avec le phénomène spectaculaire d'une explosion. En l'absence de pôles magnétiques forts, la réalité se désagrège, dessinant une galaxie de particules aux trajectoires imprévisibles. Ces trajectoires sont les graffitis dans lesquels est inscrit le code du moderne. Si on les regarde sans pré-

jugé et sans crainte, ces graffitis ne sont pourtant pas de simples gribouillages privés de sens. La modernité se fait aussi dans le travail quotidien pour les transformer en figures signifiantes. (...)

Le premier geste d'une interprétation vraiment fidèle à la modernité est de désagréger le tissu de l'œuvre sur laquelle elle se penche. Elle l'ouvre à nouveau. Elle écarte les cicatrices, défait les sutures, cherche les blessures. Elle subvertit les hiérarchies, multiplie les niveaux de langages, agrandit toutes les failles qu'elle rencontre dans la surface formelle en apparence compacte. L'interprétation travaille sur les faiblesse de l'œuvre. (...)

Le public, avec une certaine logique, perçoit cela comme une forme insidieuse de destruction. Mais il sous-estime le principe de conservation qui, dans la modernité également, préside aux manœuvres de l'intelligence. (...) L'irruption de la modernité fait voler en éclat le self-service bienheureux de l'âme. En revanche, ce qui surgit du gouffre de l'interprétation est un objet nouveau qui, lorsqu'on sait le vivre, a quelque chose d'électrisant. (...) Elle atteint son but quand elle contraint l'auditeur à s'introduire dans ce circuit de renvois multiples qui constitue,

aujourd'hui, le scénario spectaculaire permettant au sens d'échapper à l'extinction. »

Vous en êtes, j'en suis sûr, vous aussi, tout à fait électrisés !

SOMMAIRE

Editorial	1
A notre avis	3/4
Informations du Conseil	
- <i>Cavete Collegae</i>	5
- <i>Fondation Integration Pour Tous</i>	6
- <i>Echos du Bureau et du Conseil</i>	6/8
- <i>Scalpel ou pommade</i>	8
- Mutations	8
- Médecins-conseils	10
- Ouvertures de cabinet	10
- Candidatures	10
Informations diverses	
- <i>Communication du GGSP</i>	12
- <i>Société Médicale de Genève</i>	12
- <i>Recommandations du Groupe Suisse de Travail pour les Conseils Médicaux aux Voyageurs</i>	12
- <i>Certitudes et incertitudes</i>	13
- <i>Honoraires médicaux et famille</i>	14
- <i>Commission informatique</i>	14
- <i>Du bon usage du certificat médical</i>	15
- <i>Comment financer sa retraite anticipée par des mesures fiscales avantageuses</i>	16
Corrections à apporter dans la liste des membres	14
Courrier du lecteur	
- <i>Médecine et assurance-maladie</i>	18/19

La Planification Sanitaire Qualitative

Dr A. Mino
Directrice générale de la santé

Pr A. Rougemont
Directeur de l'Institut de Médecine
Sociale et Préventive

Le Conseil d'Etat a voté le 25 juin 1999 un projet de loi intitulé Planification Sanitaire Qualitative.

Historique

Cette loi faisait suite à une série d'évaluations du système de santé genevois réalisées depuis le début de la décennie par différents experts (Gilliand) ou organismes (l'Institut de Médecine Sociale et Préventive - IMSP). L'appellation de planification sanitaire qualitative avait été retenue pour marquer le contraste avec la planification sanitaire quantitative. Cette dernière vise la planification de l'offre de services alors que la planification qualitative vise plus directement l'amélioration de l'état de santé de la population.

La Planification Sanitaire Qualitative définit, dans le cadre des moyens accordés, les objectifs de santé à atteindre par les différents acteurs, publics et privés, du système de santé genevois.

Une subvention de 8,5 millions est accordée à l'IMSP, travaillant sous l'autorité du Département de l'Action sociale et de la Santé (DASS), pour financer la réalisation de cinq priorités sanitaires.

Les justifications

Parmi les constats principaux justifiant une réorientation de la politique de santé, le Conseil d'Etat a retenu :

- L'état de santé est bon, mais peut être amélioré
- Les facteurs de risques : tabac, alcool, alimentation, sédentarité doivent être pris en compte dans le cadre de la prévention
- Le système de soins est excellent, mais il manque d'objectifs et de coordina-

tion, il est surdoté et son efficacité est insatisfaisante; de plus, le soutien de l'Etat pour l'accès est coûteux.

En conséquence, «le Conseil d'Etat a préféré affecter les fonds disponibles à des actions concrètes améliorant l'état de santé de la population...à une politique préventive visant à faire mieux avec les ressources actuelles...qui soit non seulement axée sur les soins mais aussi sur la prévention et la promotion de la santé.» Cette politique, «qui suppose une modification des comportements des professionnels et des consommateurs...implique une amélioration de la coordination et de la synergie entre les partenaires par l'adoption d'un cadre de référence, d'objectifs et d'actions communs et d'un véritable réseau de santé.»

Les finalités

Optimiser le système actuel en mettant en place une politique de santé qui vise à :

- 1) réduire les décès et maladies évitables
- 2) diminuer les déterminants comportementaux, environnementaux et sociaux
- 3) prévenir les effets de la précarisation
- 4) réduire les conséquences des maladies sur la qualité de la vie
- 5) préserver les acquis du système de santé tout en améliorant qualité, accessibilité et efficacité.

Les valeurs fondamentales

- 1) dignité humaine
- 2) solidarité et équité
- 3) qualité des services

Les principes

- 1- Diminuer l'importance des problèmes de santé prioritaires dans le cadre des ressources disponibles.
- 2 - Réorienter progressivement les modes de fonctionnement des acteurs publics et privés du système de santé genevois.
- 3 - Centrer les activités sur les déterminants et de là vers les services.
- 4 - Elaborer des modèles reproductibles basés sur la continuité et la coordination (réseaux).
- 5 - Baser les actions sur les connaissances, d'où la nécessité de la recherche appliquée et d'un système d'information capable de permettre la planification et l'évaluation..

Les critères de choix des priorités

- a) la contribution potentielle à l'amélioration du problème de santé
- b) la faisabilité
- c) la cohérence par rapport à l'ensemble des problèmes abordés
- d) la capacité à engendrer des collaborations avec l'ensemble des acteurs du système de santé

Les priorités retenues

Le Conseil d'Etat a défini les cinq priorités sanitaires pour la période 1999-2002, soit :

- a) Diminuer l'incidence et/ou la mortalité liée aux cancers les plus susceptibles d'être prévenus, sein, poumons, ORL, digestifs, mélanomes.



- b) Etablir la fréquence, le contexte et les facteurs de risque des problèmes relevant de la santé mentale, selon trois axes (stress, dépression et suicides; abus de substances illégales; violence familiale et en milieu éducatif).
- c) Réduire la fréquence des accidents - et des traumatismes et des handicaps qui en résultent - qui surviennent à domicile (jeunes enfants et personnes âgées) et dans la circulation et les loisirs (adultes).
- d) Contrôler et éradiquer les maladies infectieuses en mettant l'accent sur les épidémies majeures (VIH, hépatites) et sur les vaccinations (rougeole, poliomyélite, grippe).
- e) Définir les objectifs et les modalités d'implantation d'un carnet de santé pour responsabiliser les patients et les médecins et pour disposer d'un outil d'information pour la surveillance des problèmes, la gestion des structures et la maîtrise des coûts.

La mise en œuvre

Depuis le moment du vote de la loi, il est apparu opportun aux autorités sanitaires de postposer la question du carnet de santé.

Un comité de pilotage représentant les milieux professionnels et la société civile a été mis en place par le DASS; il se réunit une fois par mois sous la présidence de la Direction Générale de la Santé et supervise la mise en œuvre.

L'IMSP a mis sur pied un modèle de gestion des quatre premières priorités, appelées axes verticaux, chacun sous la responsabilité directe d'un coordinateur d'axe. Un coordinateur général, Jacques A. Bury, a par ailleurs été engagé pour assurer la cohérence de l'ensemble ainsi que le développement en parallèle d'axes horizontaux qui recoupent les quatre problématiques prioritaires. Ces axes horizontaux concernent la base scientifique soutenant les programmes et la réflexion sur la qualité de la vie et les inégalités face à la santé. La nécessité annoncée de deux autres activités horizontales s'est avérée encore plus urgente dès le début

de la mise en œuvre : l'information et la communication.

La nécessité d'un système d'information sociale et sanitaire et d'une politique de communication

Les objectifs principaux sont au moins les suivants :

1. Une meilleure détermination de l'état de santé et de ses déterminants ;
2. Une planification et une allocation optimale des ressources ;
3. Une évaluation de qualité et de résultats obtenus ;
4. Une meilleure compréhension des enjeux par tous les acteurs.

Un site web est en construction et accompagnera en fait le développement de tout le programme.

La Planification Sanitaire Qualitative est en route. Cette route dépendra largement des bonnes volontés et du professionnalisme de chacun des acteurs. Les mots clés sous-tendant l'action sont partenariat et travail en réseaux ouverts. ■

Dr A. M.
Pr A. R.

INFORMATIONS DU CONSEIL

Cavete Collegae

Le diagnostic ne doit pas figurer sur les prescriptions de physiothérapie.

La formule de prescription précise expressément que celui-ci doit être envoyé au médecin-conseil sur demande.

Nous vous prions à cet égard de vérifier que le document arrive au médecin-conseil et non à l'administration de la caisse.

En cas de traitement, quel qu'il soit, et à défaut de faire signer au patient un document attestant que vous l'avez dûment informé, mentionnez au moins que cette information a été donnée, et à quelle date, dans le dossier du patient.

A défaut de preuve, cette annotation vaut au moins présomption.

IMPRESSUM : La LETTRE de l'AMG est éditée par l'Association des Médecins du Canton de Genève (AMG) - Paraît 11 fois par an
Case postale 665 - 12 rue Micheli-du Crest - 1211 Genève 4 - Tél. (022) 708 00 21 - Fax (022) 781 35 71- E-mail: lamg@amge.ch

Comité de Rédaction - Composition: Bureau de l'AMG

Publicité - Impression - Expédition: Editions Médecine et Hygiène.

Les articles publiés dans la "Lettre de l'AMG" n'engagent que leurs auteurs et n'expriment pas la position officielle de l'AMG.

La lettre de l'AMG

Journal d'information de l'Association des Médecins du Canton de Genève
Sur Internet: www.amge.ch

Prochaine parution

Dernier délai rédactionnel

30 juin 2000

8 juin 2000

Fondation Intégration Pour Tous

Information importante

Suite à la modification de l'art. 74 LAI, les conditions de subventions de la Fondation Intégration Pour Tous (IPT) se sont modifiées, avec pour conséquence de ne plus accorder de subventions pour les personnes qui ne remplissent pas les critères de personnes invalides, soit en étant au bénéfice de prestations de l'AI, soit en ayant fait une demande de prestation AI.

Cette situation risque de pénaliser financièrement IPT de manière importante, avec pour conséquence une réduction forcée de son activité de réinsertion professionnelle.

Afin de trouver une solution, l'OFAS propose de prendre également en considération les cas qui ne remplissent pas les critères déjà énumérés ci-dessus, sous réserve que la demande soit motivée par une attestation médicale confidentielle, munie de la mention

**« CONFIDENTIEL -
ATTESTATION MEDICALE »**

adressée au service médical de l'OFAS par courrier séparé.

Cette attestation doit comprendre trois éléments :

1. Confirmation que la personne souffre d'une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une diminution de gain.
2. De quelle atteinte il s'agit.
3. Les raisons pour lesquelles la personne ne s'est pas annoncée à l'AI.

Quels sont ces cas ? Plusieurs cas de figure existent, il peut s'agir par exemple:

- D'un manque d'information sur les possibilités de l'AI,
- D'un déni, par le patient, d'une atteinte à sa santé,
- D'un refus d'être considéré comme invalide,
- D'une difficulté d'évaluation de la capacité réelle de travail,
- Etc.

Les demandes d'attestation ainsi que leur règlement financier (position 1132 pour les rapports brefs et 1133 pour les rapports longs) seront effectués par IPT.

Le Président
Dr Blaise Bourrit

Echos du Bureau et du Conseil

La Société Genevoise de Pédiatrie a élu à sa tête, en remplacement de Madame Françoise Bovet, le Dr J.-Fr. Babel. Notre reconnaissance va à la première, et nos remerciements et encouragements au second.

Le Conseil a accepté d'établir la liste des assureurs sociaux s'engageant à respecter la protection de données de leurs assurés et garantissant à l'AMG que les cas sont réellement traités par le médecin-conseil.

Cette garantie permet au médecin d'envoyer son rapport au médecin-conseil de bonne foi, sans risquer dans le cas contraire une plainte d'un patient.

Le Conseil a pris position sur un arrêt du TFA autorisant le médecin à facturer les consultations données à des membres de la famille. Admettant les considérations du Tribunal, il n'en a pas moins décidé de laisser à la Commission de déontologie le soin de se pencher sur d'éventuels abus en la matière. Ce qui est légal n'est pas forcément éthique.

Le texte figure en page 14.

L'offre diAx faite aux membres, grâce à un contrat négocié par la Chambre genevoise du commerce et de l'industrie (CCIG), remporte un franc succès puisqu'à ce jour plus de 300 membres AMG ont souhaité bénéficier de cette proposition.

L'AMG a mis sur pied un cours organisé avec l'appui de l'association des assistantes de médecin (AAM) et destiné à ses membres, afin de les sensibiliser aux problèmes posés par les jeunes suicidants.

Le cours est donné par le Pr François Ladame et les Drs Maja Perret-Catipovic et Göran Kjellberg. Cette sensibilisation sera également étendue aux groupes des Généralistes, Internistes, Pédiatres, Gynécologues et Dermatologues.

Le Conseil a reçu la Présidente de l'ASMAG, Mme Mitsuko Kondo Ostreicher, afin de procéder avec elle à un tour d'horizon ASMAG-AMG et de leurs possibilités réciproques de collaboration.

La Présidente de l'ASMAG tenait également à expliquer la position de son association faitière au sujet de la modification des statuts de la FMH.

Suite à plusieurs interventions de confrères, le Conseil a accepté le principe d'une réunion des médecins des CASS (Centre d'action sociale et de la santé), le jeudi 11 mai 2000, afin de faire avec eux le point de la situation après bientôt un an de fonctionnement.

Selon les médecins présents, l'organisation donne entière satisfaction, mais il est nécessaire, même en dehors des activités de la Commission, que des contacts aient lieu entre médecins et infirmières.

De plus, la question de la création de postes de médecins-conseils n'est pas considérée comme nécessaire.

Le Dr B. Buchs, qui présidait cette séance, transmettra ces conclusions à Mesdames Fichter et Robert.



Le Conseil a appris que le Projet de loi sur la clause du besoin a fait l'objet d'un vote favorable de la Commission de la santé du Grand-Conseil. Cela signifie qu'à une voix près, les députés ont décidé de transmettre le projet du Conseil d'Etat au Grand-Conseil. La voix définitive est celle de notre consœur libérale, J. Buffat, de surcroît membre du Conseil de l'AMG. Cette position a soulevé de nombreuses réactions négatives. Le sujet sera traité en Conseil.



Le Tribunal Fédéral des Assurances, suite à une action lancée par deux assureurs, a accepté que les médecins bâlois appliquent le tarif OFAS pour les examens de laboratoire en lieu et place de leur tarif cantonal, plus élevé de 10%. Le message est clair, le boulet risque bien de passer très près.



A l'occasion d'un jugement sur recours, le Tribunal Administratif a condamné SWICA à prendre en charge l'examen de minéralométrie à hauteur de Frs 177.50 pour l'examen de base, somme à laquelle il faut ajouter Frs 40.50 pour chaque spot supplémentaire, jusqu'à 5 spots supplémentaires.

Le Tribunal Administratif a donc donné tort aux assureurs, en particulier à SWICA et Helsana qui se référaient jusqu'ici à un recours de la Fédération Genevoise des Assureurs-Maladie, fixant la prise en charge de cet examen à hauteur de Frs. 95.--. Nous ne savons pas, le jour où nous mettons sous presse, si cette disposition a fait l'objet d'un recours au Tribunal Fédéral.

TarMed

Le 19 avril 2000 a eu lieu une séance d'information et de formation concernant le TarMed, séance destinée aux 105 médecins choisis par les groupes de spécialistes pour participer au projet pilote de simulation sur Genève.

La première facturation en double (tarif cadre versus TarMed) aura lieu les 29 et 30 mai 2000 à titre d'essai.

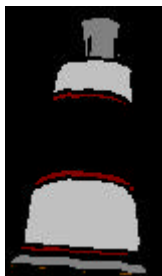
Après les habituelles corrections et évaluations, l'expérience elle-même se déroulera de la fin août et fin septembre 2000.

Le but est d'arriver à la fixation d'une valeur du point moyennant une neutralité des coûts au moment du passage d'un tarif à l'autre.



SITE INTERNET DE L'AMG:
www.amge.ch

Scalpel ou pommade



A l'assurance Progrès Caisse-Maladie qui avait proposé que les rapports médicaux soient envoyés par E-mail à l'intention de leur service administratif.

L'AMG a réagi et l'assurance Progrès a reconnu son erreur et est revenue en arrière.

Notre problème n'est pas la transmission par E-mail, dont les circuits peuvent être sécurisés, mais que l'E-mail soit adressé au service administratif.

Dont acte.

A la Caisse vaudoise qui souhaitait que les médecins signent personnellement chaque facture envoyée, ceci afin d'éviter l'utilisation de faux par certains patients.

Compte tenu des facilités de scannage et de montage autorisés par l'informatique, la Caisse Vaudoise s'est rangée à notre avis et a renoncé à cette exigence.

Mutations

Nouveaux membres

Les Drs Véronique Dayer-Zamora, Christian Helfer, Isabelle Morard, Armin Schnider, Patricia Waltz sont membres depuis le 10 avril 2000.

Réadmission

Mme Dr Doris Stucki

Membre en congé

Mme Lidia Voumard de Almeida

Membre honoraire

Dr François Collart

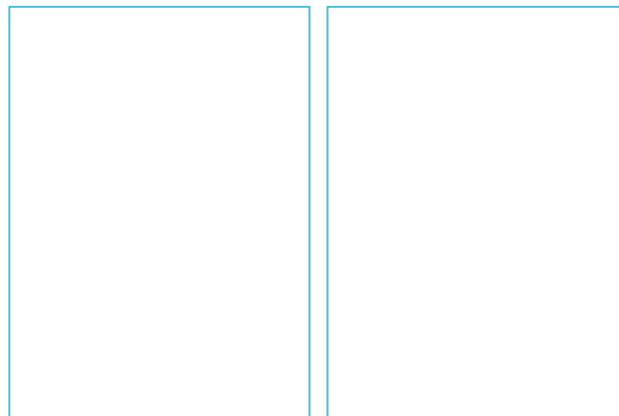
Démission

Dr Ehsan Zekrya

Membres passifs

Dr Peter Dieterle

Dr Jean-Claude Rouge



Véronique Dayer-Zamora

Armin Schnider



***N'oubliez pas ce que l'AMG peut faire
pour vous***

Un système d'appareils de recherche de
personnes à un prix compétitif
et réservé aux médecins

MEDICALBIP

Tél. 320 20 35

MEDES, télésecrétariat médical

Tél. 869 45 80

- Un service de qualité au patient
- Proximité
- Dialogue et présence

Médecins-conseils

Services Industriels de Genève, SIG:

Dr Gérard Joliat, médecin-conseil

Mme Dr Marianna Gisselbaek, médecin-conseil adjoint

Société United Parcel Service (Suisse):

Dr Jean-François Burkhalter, médecin-conseil

Dr Pierre Buffle, médecin-conseil adjoint

Résidence la Vendée:

Dr Joachim Karsegard

Association en faveur de l'Ecole Rudolf Steiner:

Dr Henri Longchamp, médecin-répondant

Dr Stefan ZLOT,

Originaire de Berne, 1960

Adresse prof.: Centre Médical de Meyrin,

Pr. des Artisans 24, 1217

Domicile privé: r. de Montchoisy 68, 1207

Etudes en médecine: Berne

Formation en médecine interne, médecine psychosomatique et spécialisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Berne et à partir de 1994 à Genève dans le cadre du Service Médico-Pédagogique et de la Clinique de Psychiatrie Infantile.

Diplôme fédéral: 1985

Droit de pratique: 1998

Docteur en médecine: 1988

FMH en psychiatrie et psychothérapie adultes et psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent

Ouvertures de cabinet

Madame le docteur

Véronique DAYER

ZAMORA BUSTAMANTE

Centre Médical du Léman

Rue Alfred Vincent 17

1201 Genève

Tél.prof.: 716 06 60

Tél. privé: 348 22 58

Fax: 716 06 61

S/r-vs sauf mercredi matin et samedi

Langues parlées: a.a.n.e.

Pédiatrie

Madame le docteur

Patricia WALTZ

Boulevard des Philosophes 21

1205 Genève

Tél.prof.: 320 81 51

Tél. privé: 700 81 11

Fax: 320 81 29

S/r-vs

Langue parlée: an.

Psychiatrie et psychothérapie

A titre dépendant

Mme le Dr Nadine GUILLET-DEZOBRY,

Originaire de Suisse et France, 1962

Adresse prof.: Maison de retraite du Petit-Saconnex,
av. Trembley 12, 1209

Domicile privé: Lieu-dit chez Letieux, 74130 Faucigny/Fr

Etudes en médecine: Genève

Dès 1999: Médecin EMS, Maison de retraite

Diplôme fédéral: 1988

Droit de pratique: 1996

Docteur en médecine: 1996

FMH en médecine interne

Candidatures

Le Conseil vous rappelle que vous avez le droit (article 19 alinéa 7 des statuts) de demander la discussion à une assemblée générale d'une candidature dans les dix jours qui suivent sa notification par voie de circulaire au corps médical; si aucune demande de discussion n'est formulée, cela signifie que le corps médical accepte la candidature qui lui est proposée par le Conseil. Le Conseil fait en outre préavisier chaque candidature par le groupe de spécialistes concerné.

Pour des raisons de gain de place, nous sommes contraints de diminuer la surface réservée aux curriculum vitae. Les confrères intéressés peuvent consulter ceux-ci auprès du secrétariat de l'AMG.

A titre indépendant

Dr Finn MAHLER,

Originaire de Suisse, 1959

Adresse prof.: avenue J.-D. Maillard 3, 1217

Domicile privé: ch. Sansonnets 4, 1222

Etudes en médecine: Genève

A effectué ses stages dans les Départements de Médecine du Sport à Londres, Perth et Melbourne. De 92 à 95, chef de clinique, division de Médecine physique et rééducation, HUG, dès 95, médecin co-responsable du Centre de Médecine du Sport et de Rééducation, Hôpital de la Tour.

Diplôme fédéral: 1985

Droit de pratique: 1990

Docteur en médecine: 1994

FMH en médecine physique et réhabilitation

Mme Dr Marianne MOSER,

Originaire de Berne, 1938

Domicile privé: ch. de la Caroline 25, 1213

Etudes en médecine: Bâle

Diplôme fédéral: 1968

(candidature à titre de membre passif)

Dr Pierre-Alexandre POLETTI,

Originaire de Genève, 1964

Domicile prof.: Division radiodiagnostic,
HUG, 1211 Genève 14

Domicile privé: Av. Foretaille 24, 1292

Etudes en médecine: Genève

Dès 1999: Division de radiodiagnostic, HUG

Diplôme fédéral: 1991

Droit de pratique: 1991

Docteur en médecine: 1994

FMH en radiologie médicale/radiodiagnostic

Communication du GGPSP

Groupe Genevois des Praticiens en Soins Palliatifs

Dans le contexte actuel de l'organisation des soins palliatifs à Genève s'est tout récemment formé le GGPSP, dont les statuts ont été approuvés par le conseil de l'AMG.

Le GGPSP souhaite réunir les médecins de toutes spécialités qui traitent des patients en situation de soins palliatifs.

Il se base sur la définition des soins palliatifs proposée par la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs.

Le GGPSP poursuit un but thérapeutique et pédagogique.

Ses membres partagent leur expérience de la prise en charge des patients en situation de soins palliatifs et de ses proches.

Ils étudient les problèmes posés par les différentes situations.

Ils élaborent une réflexion sur les objectifs de formation post-graduée et continue dans le domaine des soins palliatifs. Ils organisent cet enseignement multidisciplinaire avec les spécialistes concernés, ou y participent dans le cadre de la formation dispensée par les institutions reconnues. Ils participent aux activités de recherche.

Ils s'efforcent d'optimiser la collaboration avec les différents partenaires engagés dans le réseau des soins palliatifs du Canton de Genève et participent à l'action communautaire dans ce domaine. En particulier, ils s'attachent à maintenir une disponibilité continue au service de la communauté.

Les personnes intéressées à devenir membres du GGPSP sont très vivement invitées à s'adresser aux Drs J. Simon (tél: 735.37.33) ou Y. Beyeler (tél: 346.55.40).



Le GGPSP invite les collègues intéressés à participer à la prochaine séance de formation, animée par le Dr. Alexandre Berney, cdc, Psychiatrie de liaison du CHUV, sur le thème:

La dépression chez le patient en fin de vie

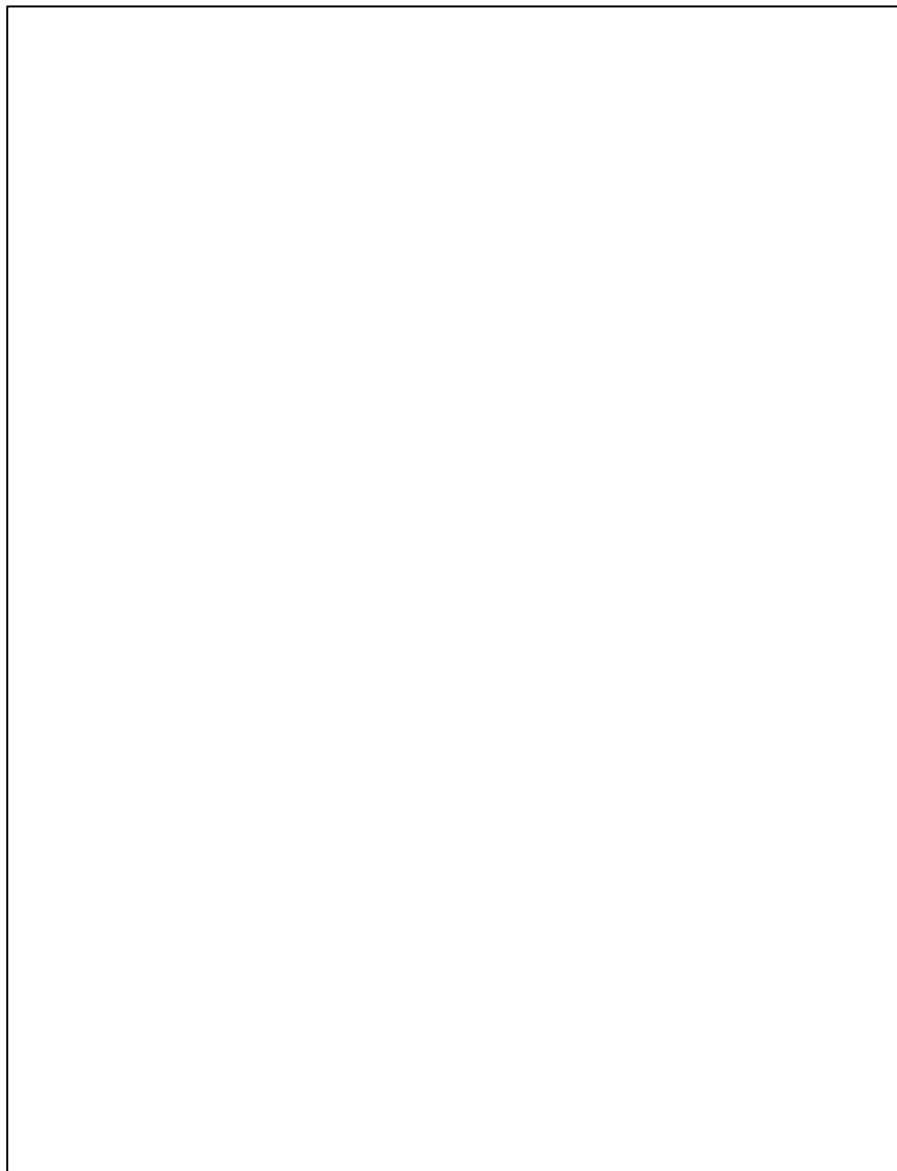
le jeudi 15 juin à la salle de réunion de l'AMG, 15, rue Goetz-Morin, de 12h30 à 13h30.

La séance est créditée d'une unité de formation.

Société Médicale de Genève

Retrouvé dans les archives de l'AMG.

Profitons-en pour saluer la perception et la clairvoyance de notre société mère, la SMG, qui s'est rendue compte déjà à l'époque des difficultés auxquelles l'AMG serait confrontée.



Recommandations du Groupe Suisse de Travail pour les Conseils Médicaux aux Voyageurs

Le Groupe nous informe avoir créé un site Internet que vous pouvez atteindre sur: www.safetravel.ch et qui contient les informations suivantes:

- les mesures de prévention adaptées à la destination envisagée sous une forme simple ou plus détaillée
- des actualités en rapport avec la santé et les voyages, concernant des épidémies, des catastrophes naturelles, ou des nouveautés médicales
- les maladies, les vaccins et autres mesures de prévention
- les problèmes de santé au retour et que faire dans ce cas
- les questions fréquentes de la part des voyageurs
- les lieux de vaccination en Suisse.



Certitudes et incertitudes

Sans que l'on n'en ait vraiment conscience, ces deux termes sont continuellement présents dans la vie de chacun, tous les jours, dans le domaine privé ou professionnel. En effet les décisions à prendre, les conseils ou les avis à donner, du plus simple au plus compliqué, prennent inmanquablement en compte ce dont nous sommes sûrs, le certain, et ce dont nous ne sommes pas sûr, l'incertain. Le savoir, l'expérience, la connaissance, la pratique, parfois l'intuition, permettent de se situer face à ces deux notions. Ce qui est fait de manière spontanée dans des situations simples, exigera une réflexion plus approfondie, voir des recherches, dans les cas plus complexes.

Aujourd'hui, l'information envahit notre vie en quantité, sous des formes de plus en plus variées, de plus en plus vite, et bien souvent, ce qui est plus délicat, sous des formes de plus en plus résumées. Face à ce flux, le danger est de croire que puisque l'on a pris connaissance alors on sait, et de transformer ainsi des incertitudes en certitudes, des méconnaissances en con-

naissances et de prendre des décisions, de faire des choix que l'on pensait justifiés et qui s'avèrent à terme erronés simplement parce que les informations reçues au départ étaient trop résumées, lacunaires ou même fausses.

Pour pallier ce risque, le recours au spécialiste, celui qui a des connaissances approfondies dans un domaine restreint, s'avère nécessaire.

La fiscalité, les impôts que vous payez (!), suit la même évolution que bien d'autres secteurs. Ce qui était acquis, connu et pratiqué depuis longtemps est soudain soumis à des changements très importants. Les certitudes du passé deviennent des incertitudes. Ainsi l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs des cantons et des communes (LHID) au 1.1.2001 a pour but d'uniformiser à tous les cantons les principes applicables au prélèvement des impôts sur le revenu, la fortune des personnes physiques, l'impôt sur le bénéfice et le capital des personnes morales, l'impôt à la source, et

l'impôt sur le gain immobilier. Pour certains cantons, et notamment Genève et Vaud, les adaptations des lois cantonales à cette loi fédérale sont également l'occasion de procéder à d'autres modifications dictées par la politique et les contraintes économiques. En terme de planification fiscale des portes se ferment, mais d'autres s'ouvrent...

Pour le secteur médical, ces changements fiscaux viennent se greffer sur d'autres changements économiques dont l'impact est aujourd'hui difficilement mesurable. Les certitudes d'hier deviennent les incertitudes d'aujourd'hui et de demain.

Plus que jamais les décisions liées à votre patrimoine et à vos revenus doivent être prises en toute connaissance de cause et sur la base d'informations fiables et actuelles.

Dès lors le recours au spécialiste s'avère nécessaire.

Michel Rossellat
Expert fiscal diplômé
Partenaire de Safe Sarl

Honoraires médicaux et famille

La Commission de déontologie et de conciliation de l'AMG ainsi que son Conseil ont, à plusieurs reprises, (1986-1988-1993) pris position en ce qui concerne la facturation d'honoraires médicaux à des membres de sa famille par le médecin.

Selon l'ancienne interprétation, cette facturation n'était pas admissible, tant sur le plan déontologique que sur le plan légal, sous le régime de la loi sur l'assurance maladie et accident (LAMal) et ce jusqu'au 31 décembre 1995.

Cette position était motivée par le fait que les soins médicaux étaient intégrés au devoir d'entretien entre époux ou de parents à enfants au sens du Code Civil et qu'ils ne pouvaient dès lors faire l'objet d'une facturation.

En 1998, l'AMG a confirmé cette position et ce, deux ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal).

Dans un arrêt K63/99 du 20 décembre 1999, le Tribunal Fédéral des Assurances a pris une position contraire. Selon lui, depuis que l'assurance maladie est obligatoire, il faut considérer que les frais médicaux susceptibles d'être pris en charge n'appartiennent plus à l'obligation d'entretien et incombent donc à l'assureur maladie. L'obligation réciproque d'entretien s'étend alors au paiement des primes, de la franchise et des frais et ouvre dès lors pour les deux conjoints ou les membres de la famille le droit au remboursement des prestations effectuées.

L'AMG prend donc acte de l'arrêt du Tribunal Fédéral des Assurances. Toutefois, dans ce domaine, elle continue de déléguer à sa Commission de déontologie et de conciliation la possibilité d'intervenir dans des cas où le simple bon sens ne serait pas respecté par les confrères. Une mesure peut en effet être légale et considérée comme telle, sans être pour autant éthique ou respectant les principes du Code de déontologie de la FMH.

Ainsi, en cas d'abus manifeste, la Commission de déontologie et de conciliation se réserve la possibilité d'intervenir, voire de sanctionner des confrères dont le comportement à cet égard serait jugé inadéquat ou inopportun.

Commission informatique

Peut-on remplacer une secrétaire par un logiciel de reconnaissance vocale ?

Voilà la question posée à la Commission informatique de l'AMG par le Conseil:

La reconnaissance vocale d'un texte passe par le vocabulaire et la fréquence de l'apparition d'un mot dans un contexte donné : spondylose L5-S1 aggravée depuis 1997 ne sera pas reconnu, n'appartenant pas au dictionnaire pré-établi. Le logiciel va soit choisir un mot qui n'est pas le bon, soit s'arrêter pour éclaircissements. Une fois le mot saisi dans le dictionnaire, il va par contre le reconnaître ensuite. Il faut donc prévoir un long travail de saisie des mots par l'utilisateur, travail qui ne servira qu'à lui s'il a un accent ou une manière spéciale de prononcer les mots. Une même phrase prononcée par un tiers ne sera pas reconnue ou reconnue qu'à moitié.

Un logiciel de reconnaissance vocale ne sera donc destiné qu'à une seule personne; pour être efficace, il nécessitera une machine puissante tel qu'un Pentium III avec 126 Mo de RAM (mémoire vive), ce qui reste onéreux et il ne tolérera peut-être pas de travailler simultanément avec un programme de facturation, avec un dossier médical ou une recherche sur Internet, ce qui doit être évalué soigneusement avec le «support» technique.

Il faut donc utiliser une machine puissante dédiée à la seule reconnaissance vocale et avoir tout de même une secrétaire aguerrie à l'informatique et au vocabulaire de son patron pour finaliser les documents dictés: cela reste luxueux.

Si quelqu'un veut tenter l'aventure, il existe des logiciels intéressants (sous réserve des remarques ci-dessus) et peu onéreux (200 à 400 CHF) par rapport à la machine nécessaire pour les faire tourner et au temps de mise au point. Il s'agit de : Dragon Naturally Speaking Standard 4.0, IBM Via Voice Millennium et Philips FreeSpeech 2000, logiciels en français malgré leur dénomination.

Il faut donc attendre de nouveaux logiciels mieux adaptés et basés sur un dictionnaire médical français, ce qui n'est pas le cas pour l'instant.

Non, un logiciel de reconnaissance vocale ne remplace pas encore une secrétaire.

Jean-Marie Schell et Pierre-Jean Malé

Corrections à apporter dans la liste des membres

ACHARD Anne Mme
Chemin du Vieux-Vésenaz 26
1222 Vésenaz
Tél. prof.: 752 02 45

BENE Jean-Jacques
Tél. prof.: 722 02 50

BERTRAND Dominique
Tél. privé: 340 02 86

BURGER Albert
Fax: 372 93 30

GIROD Jocelyn
Tél. prof.: 722 02 50

MARTIN Guy
Tél. privé: 792 75 75

RICCI BOVIER Claudia Mme
Promenade des Artisans 24
1217 Meyrin
Tél. prof.: 719 74 50
Fax: 719 74 01

ROCH Risako Mme
Fax: 758 25 80

Du bon usage du certificat médical

A plusieurs reprises, nous avons rappelé dans nos colonnes l'impérieuse nécessité de faire en sorte qu'un certificat d'arrêt de travail ne puisse pas être considéré comme «de complaisance».

La situation économique actuelle, l'augmentation de la concurrence médicale, le désir de s'attirer une clientèle et la sensibilité à l'écoute des problèmes du patient ne sauraient justifier ces écarts.

Nous rappelons ci-après quelques principes, dont certains sont tirés de notre Code de déontologie (chapitre III, chiffre 6)

1. L'établissement d'un certificat est un acte médical qui engage la responsabilité de son auteur, comme tout autre acte de la pratique médicale, y compris sur le plan pénal (art. 318 du Code pénal suisse) et sur celui de la responsabilité civile.
2. Le certificat n'est remis qu'au patient. La seule exception concerne les cas où il est remis au médecin-conseil.
3. Le certificat doit porter la date de sa rédaction et la signature manuscrite du médecin. Un certificat rétroactif est à éviter au delà d'une semaine. En re-

vanche, l'antidater n'est pas admissible. Un certificat rétroactif permet au médecin de constater, au cours de la consultation, que l'incapacité de travail a pu commencer quelques jours avant.

Un certificat doit être daté du jour où il est établi. L'antidater signifie lui donner une date antérieure à son établissement, ce qui constitue un faux

4. L'incapacité de travail du patient ne peut être prescrite sans que ce dernier n'ait été vu par le médecin.
5. Il n'y a aucune raison médicale de fixer systématiquement la reprise du travail à un lundi. Celle-ci peut avoir lieu n'importe quel jour de la semaine.
6. Des arrêts de travail répétitifs ou de longue durée peuvent avoir deux conséquences graves:
 - a) il est de plus en plus difficile, voire impossible, de réinsérer professionnellement un travailleur après 6 mois d'inactivité
 - b) l'employeur aura plus facilement tendance, en particulier en période de crise économique, à licencier un travailleur absent trop souvent.

7. Le terme «durée indéterminée» est à proscrire. On lui préférera les mentions «Durée probable» et «valable jusqu'au...» afin de permettre à l'employeur de mieux s'organiser.

8. Le médecin-conseil est souvent le seul à même de constater la multiplication ou la longue durée d'arrêts de travail, en particulier s'ils émanent de plusieurs praticiens. Il aura donc à cœur de prendre systématiquement contact avec le ou les médecins traitants.

A plusieurs reprises ces deux dernières années, des certificats d'arrêt de travail ont été contestés, avec succès, en particulier devant les tribunaux de prud'hommes (tribunaux régissant les relations du travail) avec des conséquences graves pour les employés concernés (licenciements confirmés, perte de gain non compensée).

Cette tendance ne doit s'étendre en aucun cas, faute de quoi nous risquons d'assister d'ici peu à des contestations systématiques de certificats médicaux, et ce, au seul détriment du patient, qui est et doit rester au centre de nos préoccupations.

Comment financer sa retraite anticipée par des mesures fiscalement avantageuses

Lorsque l'on songe à une retraite prématurée, il y a lieu de se poser les questions suivantes:

- à quel moment est-ce que je souhaite arrêter mon activité professionnelle?
- à combien s'élèvent mes besoins financiers pour assurer mon train de vie après la cessation de mon activité lucrative?
- de quel revenu puis-je disposer à l'heure de ma retraite anticipée?
- comment puis-je, le cas échéant, financer un manque de revenu?

Coût de mon train de vie

Diverses études montrent que les besoins financiers, après la retraite, correspondent à 60% à 80% du revenu perçu avant la retraite pour assurer le train de vie habituel. Ce pourcentage est supérieur pour des revenus bas et inférieur pour des revenus élevés. Le coût du train de vie baisse du fait d'une forte diminution de la charge fiscale due à l'absence d'un revenu professionnel et parce que l'on n'achète plus tout ce que l'on estimait souhaitable précédemment. D'un autre côté, certaines dépenses peuvent s'accroître, par exemple pour les voyages.

Revenu disponible

Les rentes AVS seront versées, à l'échéance de la période de transition en 2005, dès l'âge de 65 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes. Pour un versement anticipé d'une année, la rente sera diminuée de 6,8% et de 13,6% pour un versement anticipé de deux ans.

En règle générale, il n'est pas possible de toucher sa rente du 2ème pilier avant l'âge de 60 ans. Le paiement anticipé conduit toujours à une diminution de la rente qui varie d'une Caisse de retraite à l'autre. En cas de retraite anticipée, la réduction peut varier de 3,5% à 8% environ par année. Si elle est réduite, par exemple, de 6% par année, la rente diminuera, dans le cas d'une retraite à l'âge de 60 ans, de 30%.

Etant donné que, dès 2002, les rentes du 2ème pilier seront soumises, dans tous les cantons ainsi qu'à l'échelon fédéral, à l'impôt sur le revenu à raison de 100%, il est judicieux d'examiner l'éventualité d'un versement sous forme de capital. L'impôt unique, y compris l'impôt fédéral, varie entre 7% et 20% selon le can-

ton et le montant du capital. Si l'on perçoit le capital à la place d'une rente, un rendement de 4% à 8% par année peut être obtenu suivant la stratégie de placement choisie. A quoi il faut ajouter, le cas échéant, les recettes d'autres placements (titres, location de biens immobiliers) pour déterminer le revenu global disponible.

Financer le capital de prévoyance grâce à l'épargne

Il faut maintenant chercher le moyen le plus adéquat pour constituer un capital de prévoyance pendant l'exercice de l'activité professionnelle en vue de combler la lacune entre le coût du train de vie après la retraite et le revenu disponible. Diverses formes d'épargne peuvent servir, de manière très différente, à la constitution d'un capital de prévoyance. En plus du critère «sécurité», il faut avant tout tenir compte de l'aspect fiscal en relation avec les placements. Le capital de prévoyance sera d'autant plus élevé à l'heure de la retraite que des placements défiscalisés auront été choisis.

Les variantes mentionnées ci-après sont à votre disposition:

- En premier lieu, il faut chercher à diminuer la charge fiscale du revenu au moyen d'une planification personnelle en matière d'impôts, de prévoyance et de fortune. Si vous réussissez à économiser, par exemple, CHF 5'000.- d'impôts sur le revenu pendant 20 ans, vous obtiendrez un capital de prévoyance supplémentaire de CHF 165'000.-. Mais les possibilités d'économies d'impôts sur le revenu sont bien plus importantes si le revenu est élevé.
- Si vous avez la possibilité de verser à votre Caisse de retraite des cotisations supplémentaires pour des années de rachat, faites-le sans hésiter, même si vous devez pour cela vendre des titres ou augmenter votre hypothèque. D'un côté, vous améliorez de façon substantielle la prévoyance pour votre retraite, et, de l'autre, vous économisez, en plus, des impôts, les cotisations en question pouvant être déduites de votre revenu imposable. Effectuez, si possible, des versements d'une certaine importance encore en 2000, car dès l'année prochaine, de nouvelles restrictions seront introduites.

- Ce qui est déterminant, ce n'est pas seulement le revenu dont vous disposez après votre retraite, mais aussi, bien entendu, le coût de votre train de vie, impôts compris. Passez en revue, de façon minutieuse et critique, vos dépenses et n'excluez pas l'éventualité d'un transfert de votre domicile dans un autre canton fiscalement plus avantageux, voire à l'étranger.
- Vous pouvez également constituer ou accroître votre capital de prévoyance en augmentant l'hypothèque sur votre bien immobilier et en plaçant la somme correspondante dans une assurance vie à prime unique défiscalisée. A la condition, bien sûr, que vous soyez en mesure de financer les intérêts hypothécaires supplémentaires par votre revenu courant.
- En aucun cas, ne placez les montants que vous pouvez mettre de côté sur un carnet d'épargne ou dans des obligations. En lieu et place, souscrivez des titres et, mieux encore, investissez la somme à disposition dans des fonds en actions. A partir de CHF 500'000.-, vous avez intérêt à faire gérer votre portefeuille-titres par un gestionnaire, de préférence indépendant.
- Nombreux sont ceux qui croient encore qu'un bien immobilier exempt d'hypothèque est la meilleure prévoyance pour la retraite. En principe, s'il est vrai qu'un prêt hypothécaire ne devrait pas dépasser 50 à 60% de la valeur vénale du bien, pour ne pas trop dépendre de sa banque, il ne faudrait pas descendre plus bas, étant donné qu'à chaque remboursement, les intérêts passifs diminuent et, par conséquent, la charge fiscale s'accroît. Placez plutôt les montants nécessaires à l'amortissement dans des produits fiscalement intéressants. Votre charge fiscale restera ainsi stable, et vous constituerez une fortune sous forme de titres et de prestations d'assurance. Pour la même raison, vous devriez augmenter votre hypothèque au cas où elle serait tombée au-dessous de 50% de la valeur vénale de votre bien, et avec le montant en question effectuer un placement fiscalement avantageux. Cela réduira votre charge fiscale courante.

Jean Winkler & Partners
Promenade de St-Antoine 16, 1204 Genève
Tél. 810.26.80 - Fax 810.26.84
Email info@fiscalite.ch - http://www.fiscalite.ch

- Lundi 5, 19, 26**
11h30
Séminaires printemps 2000 "Recherche et Information"
Division des maladies infectieuses - HUG - salle 3-776
Séminaire crédité d'une unité de FC.
- Mardi 6,13,20,27**
10h00 - 12h00
Colloque de la Division des Maladies Infectieuses
"Présentation des cas cliniques" (10h00-11h00)
"Colloque HIV" (11h15-12h00). Bât. d'appui, Aile Jura, salle 3-776
- Mardi 6**
12h45 - 13h45
Colloque de médecine tropicale 2000 - Salle de séminaires de l'Auditoire des Polycliniques - 1er étage - HUG
"Toxoplasmose chez la femme enceinte: mise au point"
- Mardi 6**
19h00 - 21h30
Débat-buffet de la Médicale.
"Prédispositions génétiques aux cancers" Prof. P. Sappino.
Amphithéâtre du Muséum d'Histoire Naturelle - rte de Malagnou 1.
Colloque crédité de 2 heures de FC.
- Jeudi 8**
20h00
Travail en EMS: Pluridisciplinarité ou interdisciplinarité ? Points communs et spécificités des différents acteurs professionnels.
Entrée libre - Aula de l'école des Grottes, haut de la rue Isabelle-Eberhardt.
- Jeudi 15**
8h15-12h30
Séminaire "Test d'embauche" organisé par la Faculté de droit et l'AMG.
Lieu: Amphithéâtre Marcel Jenny.
Séminaire crédité de 3 unités au titre de la formation continue.
Les attestations seront remises à l'accueil.
Délai d'inscription: 2 juin 2000
Renseignements: Faculté de droit, Uni Mail. Tél. 705 84 38 - Fax: 705 84 41
- 12h30 - 13h30
Communication du GGSPS "La dépression chez le patient en fin de vie"
Salle de réunion de l'AMG - Séance créditée d'une unité de formation.
- Mercredi 21 juin**
18h15 - 19h45
Communiqué du Groupe des Praticiens en Médecine de l'Addiction
Cercle de réflexion du Groupe des Praticiens en Médecine de l'Addiction:
"Sevrage des nourissons de mères dépendantes à l'Unité de développement"
Dr Petra Huppi
Salle des séminaires E 1 et 2 (à côté de l'Auditoire Marcel Jenni) - HUG
Renseignements: Dr Marc Lecki - G.P.M.A. - Tél. 869 49 41

FORMATION CONTINUE AMG/SMG

Rappelons que l'AMG a décidé de déléguer à la Société Médicale de Genève le mandat d'organiser toute action de formation et de leur attribuer les unités de formation continue.

- Jeudi 15**
14h00 - 17h00
"Symposium Hypertension 2000"
Information: HUG - Division de Cardiologie - Tél. 372 71 92 - Fax: 372 72 29
Colloque crédité de deux unités de FC.
- Lundi 19**
13h30 - 17h30
Atelier clinique ouvert aux médecins et aux psychologues
"Psychotherapy with older adults"
Information: Dr Lucio Bizzini - Tél. 305 51 20 - Fax: 305 50 44
Colloque crédité de trois unités de FC.
- Mercredi 21**
14h00 - 18h00
Problèmes de santé mentale en médecine "Infarctus et dépression"
Lieu CMU A 250
Colloque crédité de trois unités de FC.

Nous vous rappelons également que vous pouvez envoyer au secrétariat avec la mention "formation continue" toutes les attestations concernant les unités de formation qui vous sont octroyées durant l'année. L'AMG vous renverra un certificat attestant l'ensemble des formations que vous aurez suivies et le nombre total d'unités attribuées, ceci pour chaque année écoulée.



Médecine et assurance-maladie

Une erreur de diagnostic suivie d'une erreur thérapeutique: un comble pour les médecins

Vous avez remarqué, on nous parle d'explosion des coûts de la santé au cours des dernières années. On les attribue pour une bonne part aux médecins "ambulatoires" qui, nous dit-on, génèrent des coûts artificiels pour leur propre survie car ils augmentent en nombre, que leur traitement d'une population vieillissante n'est pas raisonnable et qu'il faut donc en limiter le nombre, les surveiller de près. On clame haut et fort que les réseaux et les H.M.O. dans lesquels les patients perdent le choix de leur médecin sont des solutions nécessaires... On prépare des lois pour nous contraindre à changer de médecine, parce que, prétend-on, (que pourrait-on dire d'autre...), c'est une nécessité vitale pour assurer des soins de qualité à tous...

Les statistiques de l'O.F.S. montrent de toute évidence que tout ce constat est faux, que les politiciens qui le soutiennent se trompent, que les économistes qui les appuient sont dans l'erreur, que les médias informent faussement la population.

Depuis 1982 au moins, les coûts des traitements ambulatoires ne cessent de baisser par rapport à l'indice des prix à la consommation. Entre 1982 et 1999 il a augmenté de 28,8% alors que l'indice des prix à la consommation augmentait lui de 44,6% et que les coûts hospitaliers progressaient de 132,8%! Mais il y a eu les greffes d'organes, les dilatations coronariennes, les pontages et bien d'autres progrès qui ont leur prix.

La médecine ambulatoire a déjà fait plus que son devoir face à ses responsabilités. Rien de demande ne l'asservir. Le TarMed devrait même prévoir une compensation de la perte de pouvoir d'achat de la médecine ambulatoire en surévaluant le point d'environ 16% par rapport à l'opération blanche envisagée....

Les fourches caudines ou vae victis

Malgré cela, des fonctionnaires ne cessent de clamer que le revenu des médecins est surévalué et est cause de renchérissement. Le TarMed prévoit des clauses ignominieuses : le temps passé pour les salutations ne fait pas partie du temps rémunéré !!! Les dernières minutes se-

ront tarifées à part, comme 2,5 minutes !!! On a même envisagé de laisser les assurances nommer les médecins... et décider politiquement d'instaurer une clause du besoin pour certains matériels, et plus tard pour l'installation de nouveaux cabinets...

Vous souvenez-vous, du temps où vous étiez de garde, aux premières lignes dans les hôpitaux ? Où vous étiez seul face aux méningites, aux infarctus, aux réanimations, aux polytraumatisés, face à la vie, la survie et la mort ? On ne vous demandait pas alors de remplir un petit carnet de formation continue (dont nos professeurs nous avaient libérés lorsque nous étions étudiants car ils trouvaient cela infamant au vu des responsabilités que nous allions devoir assumer) ni combien de minutes vous aviez travaillé, ni si vous étiez assez nombreux pour la charge!. Quand vous serviez de transporteur pour vérifier la position d'un cath. à 23h, à la fin de la journée car vous étiez les seuls à ne rien coûter, ni si vous étiez correctement payé ni si vous aviez encore une vie privée. On vous exploitait, en vous disant que demain sera meilleur, telle est la structure de la carrière médicale.

En 1982 j'ai travaillé en moyenne 100h/sem. pour un salaire de 3000.-(soit en un an une charge de travail équivalent à deux ans et demi selon l'horaire hebdomadaire normal). Soit si 30 h avaient été payées 50% de plus et 30 autres heures 100% de plus en compensation un revenu de 5.- l'heure ! Mais me disait-on, la structure de la médecine est ainsi, on est payé plus tard... J'aimerais bien voir le curriculum de ceux qui nous comparent à des cadres de l'industrie de même que celui de ces cadres.

Dans ma formation, comme beaucoup d'entre vous, j'ai perdu les deux tiers de ma prévoyance, car lors des changement d'établissement, la prime dite de «libre-passage» ne représentait qu'un tiers des cotisations. A 38 ans, lors de mon installation, je n'avais quasi rien comme fond de prévoyance.

Les assurances comme contrôleurs des coûts

Leurs statistiques sont fausses et inaccessibles comme vient de le démontrer une

étude faite par deux professeurs des H.E.C. Qu'importe, l'O.F.A.S met en doute cette expertise bien que le C.A.M.S. lui-même reconnaisse son bien-fondé (avant de se ressaisir)! Le critère principal des caisses-maladies: le coût par patient. Ratez par manque d'investigation les diagnostics de vos patients, ne suivez pas les cas lourds et vous serez rapidement au top du hit-parade des médecins de certaines caisses-maladies.

A Genève, l'automne passé, la fédération des assurances-maladies a fait parvenir à l'A.M.G. comme une décision établie, le tarif concernant le remboursement des médecins pratiquant également une médecine complémentaire reconnue par la LAMal : 42 francs de l'heure pour la consultation courante ! Avec environ 100.-/heure de charge, il fallait disposer d'une fortune permettant d'injecter 60.- / heure juste pour couvrir les frais !

Peut-on parler de professionnalisme ? Peut-on faire confiance aux assureurs ? Je crois que les médecins n'ont pas beaucoup de leçons de compétence à recevoir de leurs partenaires de la santé et qu'il faut qu'ils réagissent rapidement, sinon l'incompétence des autres leurs tombera dessus.

Coûts des médecins ambulatoires versus ceux des assureurs-maladie

Vous avez remarqué ? En 1996, les assurances ont prélevé à titre de frais de fonctionnement 3.1 x 10⁹ francs (pour le prélèvement des primes, le remboursement des prestations ... et notre surveillance), soit le 55% de toutes les notes d'honoraire (5,6 x 10⁹ francs) des médecins "ambulatoires" (qui incluent les anamnèses, status, entretiens, décisions d'investigation, prescriptions explications et suivis des traitements, psychothérapies de soutien...). Vous ne trouvez pas que quelque chose ne tourne pas rond?

Entre 1993 et 1999, le coût global de la médecine en Suisse a augmenté de 7,5%. Et les primes d'assurance au cours de cette même période... N'est-ce pas étrange ?



Ressaisissons-nous !

Face à toutes ces erreurs, je pense qu'il est temps que nous nous mobilisions en temps qu'association. Ne rien dire ni faire c'est nous laisser attaquer par des groupements d'intérêts qui n'ont pas du tout le patient comme priorité (même s'ils ne peuvent bien sûr pas faire autrement que de le clamer haut et fort).

Préparons notre unité, annonçons dès aujourd'hui aux politiques et économistes qu'il faudra compter avec nous en tant que force. Préparons la rupture de convention tous ensemble.

Que la F.M.H. se charge de récolter les déclarations d'intention de chaque mé-

decin sur la base suivante : Cette déclaration à force d'engagement solennel si au moins 75% des médecins l'ont signée. En cas de récusation générale, annonçons d'emblée qu'un nouvel accord ne sera conclu qu'à condition que le point soit augmenté à la reprise de la convention de 10% pendant 10 jours par jour de rupture de convention. Si la durée de la rupture dépasse 30 jours ce sera 20%, 30% si plus de 60 jours etc. Prévoyons également que si le nouveau TarMed entraîne une baisse de revenu des médecins, l'intégralité de la baisse nous soit versée à la fin de chaque année. Ainsi, nous pourrions dignement défendre les intérêts de la médecine ambulatoire, et être consi-

dérés comme des interlocuteurs valables. Je propose que la F.M.H. imprime la page annexée concernant les coûts de la santé et que chaque médecin la distribue à sa clientèle. Nous pourrions ainsi corriger les erreurs que politiciens, économistes et médias répandent à tous vents avec leurs conséquences funestes sur la qualité des soins en raison des mauvaises décisions prises par erreur.

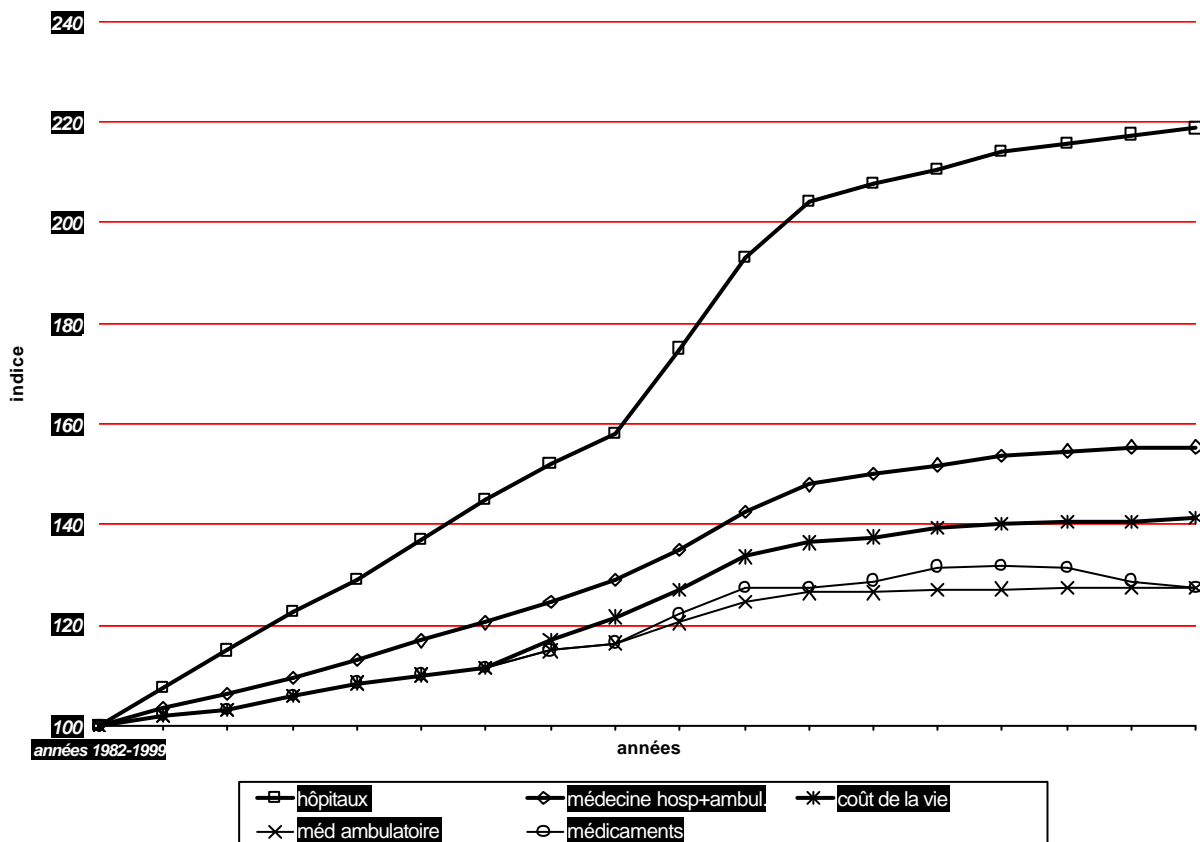
Sources statistiques : La santé publique en Suisse, Pharma information 1997-8-9.

Dr François Audétat

Les coûts de la médecine: leur réalité

- Les politiciens vous parlent d'explosion des coûts de la santé ?
 - Les économistes vous parlent d'explosion des coûts de la santé ?
 - Les médias vous parlent d'explosion des coûts de la santé ?
 - Les assurances vous parlent d'explosion des coûts des la santé ?
 - On vous propose des réseaux, des H.M.O ?
 - On vous dit que les médecins "ambulatoires" sont responsables de ce problème, qu'ils dépensent sans compter ?
- REGARDEZ !...**

Evolution index des coûts 1982-99



...Et demandez des comptes à vos politiciens, à vos économistes, à vos médias ! Au vu de ces données, demandez leurs pourquoi s'attaquer à la médecine ambulatoire qui donnait satisfaction à toutes les parties. Pourquoi créer une médecine à deux vitesses ou les plus démunis doivent se contenter d'une médecine rationnée alors que rien dans l'économie ne le justifie. ■

