

EDITORIAL

Why are doctors so unhappy ?

Dr Bl. Bourrit

Si ce titre était écrit en français, chacun des lecteurs aurait immédiatement pensé au TARMED. Bien sûr, ce qui nous attend avec ce nouveau tarif n'est pas réjouissant, mais, pour une fois, j'aimerais parler d'autre chose que d'argent.

Ce titre est celui d'un récent éditorial du BMJ (5 mai 2001)* qui analyse les causes de la morosité générale des praticiens anglais. L'étiologie de leur démoralisation est multifactorielle : surmenage, contrôles étatiques, finances à la baisse, critiques de toutes parts. Mais il semble que des causes plus profondes peuvent être mises en évidence:

D'une part, le hiatus profond entre les connaissances universitaires durement acquises et adaptées à une médecine hospitalière et la réalité quotidienne du cabinet. Les GP sont formés et entraînés en physiopathologie, en diagnostic et traitement, et ils se retrouvent avec des problèmes médico-légaux, financiers, éthiques, de communication, de management. D'autre part, il existe une profonde divergence de conception de la médecine entre le praticien et son patient. Le médecin, de plus en plus, avoue ses limites, est conscient que beaucoup de médicaments sont à double tranchant, est inquiet de

constater une limite toujours plus étroite entre bonne pratique et faute médicale et se sent à cause de cela acculé à une pratique défensive. Son patient, lui, est de plus en plus persuadé qu'il suffit à son médecin de faire quelques tests pour voir ce qui ne va pas en lui, qu'il n'y a pas de bornes à son savoir, qu'il fait ce métier par vocation et qu'il est donc normal qu'il soit toujours disponible, et qu'en plus, à cause de son statut social plutôt élevé, il gagne très bien sa vie, tout en jouant le modeste.

L'article conclut en proposant de prendre en compte les deux visions des choses pour définir à mi-chemin un nouveau contrat de relation médecin-malade.

Les deux partenaires devraient admettre que la souffrance, la maladie et la mort font partie de la vie ; que la médecine a un pouvoir limité, en particulier elle ne peut résoudre seule les problèmes sociaux, même si ceux-ci sont à l'origine de nombreuses maladies ; que le médecin a à prendre des décisions, même sans tout parfaitement comprendre; que le patient ne doit pas se reposer entièrement sur le pouvoir du médecin, mais que celui-ci doit avoir le courage d'avouer ses limites ; enfin que les media cessent de faire miroiter des promesses extravagantes sur les possibilités infinies de la médecine.

SOMMAIRE

Editorial	1
A mon avis	3/4
Informations du Conseil	
- <i>Changement au sein du Bureau</i>	4
- <i>Enquête sur l'équipement informatique des cabinets</i>	4/5
- <i>Scalpel ou pommade</i>	6
- <i>Mutations</i>	6
- <i>Ouverture de cabinet</i>	6
- <i>Corrections à apporter dans la liste des membres</i>	6
Informations diverses	
- <i>La nouvelle loi sur les produits thérapeutiques</i>	7/8/9/10/11
- <i>Obligation de contracter</i>	12
- <i>Communication du Service Santé de la Jeunesse</i>	12
- <i>La pédale, le politicien et la peinture jaune</i>	14
A vos agendas	15

A ces conditions-là, la relation médecin-malade deviendra un flot de relation humaine forte dans une société qui a marchandisé et quantifié à peu près tout.

**Cet article a également inspiré Bertrand Kiefer pour son bloc-notes. Mais comme cet éditorial était déjà écrit, que les lecteurs sont partiellement différents et que la redondance est parfois utile, je me permets de le maintenir.*

TarMed or not TarMed, that is not the question

Dr Pierre-Alain SCHNEIDER
Président du Groupe des Radiologues

Chacun sait, ou devrait savoir que...

...nous sommes régis, dans un état de droit, par des lois élaborées et votées par les Chambres fédérales et soumises en général au référendum populaire. Ces lois constituent le cadre fondamental et incontournable de notre société. Le citoyen a, dans une mesure certes modeste, le pouvoir de faire évoluer les lois, mais il ne peut les ignorer. Il en va ainsi de la fameuse LAMal, la loi fédérale sur l'assurance-maladie, acceptée par le peuple souverain en décembre 1994 et entrée en vigueur le 1er janvier 1996.

Ce que dit la LAMal...

...en matière de rémunération des "prestataires de soins": il faut lire les articles 43 et suivants qui précisent notamment que les factures sont établies sur la base de tarifs ou de prix. Le tarif est une base de calcul de la prestation qui peut notamment être fondé sur

- le temps consacré à la prestation
- un nombre de point attribué à chaque prestation avec une valeur du point fixée (c'est le système TarMed)
- une rémunération forfaitaire (par patient, par groupe d'assurés, ou sur la base d'un budget global prospectif).

Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre assureurs et fournisseurs de prestations. Ces conventions tarifaires doivent suivre les règles applicables en *économie d'entreprise*.

Et surtout (art.43 al.5): Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

Cette structure tarifaire uniforme, c'est le TarMed, élaborée par les partenaires tarifaires que sont

- la FMH (médecins)
- H+ (hôpitaux)
- le Concordat des assureurs-maladie (CAMS) qui représente presque tous les assureurs-maladie
- la Commission des tarifs médicaux (CTM) représentant les assureurs-accident, invalidité et l'assurance militaire.

Convention tarifaire ou tarif-cadre imposé

Il s'agit donc de conclure, librement, une convention tarifaire qui devrait donner satisfaction à tous les partenaires. Mais si les partenaires ne peuvent s'entendre, c'est alors au Conseil fédéral qu'il incombe de fixer un tarif.

Voilà où nous en sommes. Les assureurs prévoient, en bonne logique, que les médecins profiteront du nouveau tarif pour rattraper la perte de revenu accumulée au cours des années (31% en moyenne de 1971 à 1995 selon l'étude Hasler). Ces assureurs-maladies ont les dents longues, des moyens importants et un lobby politique fort bien organisé. Ils ont ainsi essayé d'introduire le principe d'une neutralité des coûts lors du changement de tarif. Ce qui paraissait d'abord tout à fait acceptable aux médecins (stabilité des prix lors du changement de tarif) est devenu un projet insidieux visant à verrouiller durablement la progression des dépenses pour prestations médicales sur notre dos, la progression étant due essentiellement à l'augmentation du volume des prestations. Ce modèle en forme de budget global a été énergiquement rejeté par la Chambre médicale l'an dernier.

Pouvons-nous refuser le nouveau tarif?

Oui, bien sûr. Mais il faut savoir ce refus ne l'empêchera probablement pas d'entrer en vigueur. Car le Conseil fédéral, dès qu'il aura ainsi les mains libres, s'empressera de l'introduire en suivant la LAMal.

Il n'y a donc pas d'alternative réelle au TarMed. Le problème est que ce tarif a été construit "à la suisse", de façon perfectionniste. Le résultat: un assemblage complexe de plusieurs bases de données sur les coûts des cabinets médicaux et des infrastructures techniques, et sur les durées moyennes des interventions payées à l'acte, mitonnées d'algorithmes dont les résultats semblent parfois surprendre les experts eux-mêmes. Un tarif décrit par le président Brunner comme "instable". Il s'agit donc maintenant de corriger les erreurs de ces bases de données, d'épurer et simplifier les algorithmes afin d'obtenir des résultats plus prédictibles.

Refuser aujourd'hui le TarMed signifie qu'on renonce à l'améliorer. Le TarMed n'est pas acceptable dans son état actuel, mais sachant qu'il sera très probablement imposé en l'absence d'un autre tarif approprié, il importe d'arriver à une version convenable. Si tel n'est pas le cas, il reste toujours possible de rompre les négociations, voire de dénoncer les conventions qui auraient été passées.



Qu'a décidé la Chambre médicale?

Premièrement qu'elle refuse qu'une spécialité soit menacée dans son existence par le nouveau tarif.

Ensuite, que la version TarMed 1.0 est inacceptable et qu'elle doit être remaniée. Ce n'est que lorsque les résultats concrets de ce remaniement seront connus qu'il sera possible de se prononcer. Une votation générale de la FMH n'a donc aucun sens tant que ce remaniement n'est pas achevé. Un NON signifierait l'arrêt de tous les travaux en laissant le champ libre à l'action du Conseil fédéral. Un OUI priverait la FMH de toute possibilité de demander ensuite des corrections nécessaires. Ce serait vraiment signer un chèque en blanc!

Néanmoins, la Chambre a pris position en faveur de l'introduction du TarMed dans le domaine accident et invalidité (AA/AI/AM), ce qui peut paraître étonnant. Peut-on accepter un petit bout de l'inacceptable? Cela paraît bien immoral. Les raisons en sont la nécessité de faire preuve, politiquement, d'une attitude positive et le fait que les négociations dans le domaine accident sont plus faciles, dépendant seulement de la CTM. Officieusement, la CTM serait d'accord avec une valeur de point de 1 Fr. (pour toute la Suisse) à l'introduction alors que les assureurs-maladie, retranchés derrière les

déclarations intempestives du surveillant des prix, réclament une valeur bien inférieure.

Et la Chambre y a mis un certain nombre de conditions sine qua non:

- le remaniement du tarif doit être intégré dans la version qui sera mise en application (pour la première étape du remaniement dans la version tarifaire d'introduction, pour la deuxième étape au 31.12.2002)
- des mesures de protections seront prises pour les spécialités qui seraient menacées
- l'introduction doit se faire simultanément dans les cabinets et les hôpitaux (ambulatoire).

En ce qui concerne l'assurance-maladie, la décision de la Chambre ne sera prise que lorsque les résultats du remaniement seront connus. La FMH réclamera des éclaircissements sur la procédure d'introduction, sur les voies de recours et sur la position du surveillant des prix.

Il n'est pas du tout renoncé à une votation générale, même si le président Brunner souhaite, pour des raisons de coût, qu'elle s'avère superflue. Il n'est cependant pas réaliste d'y procéder tant que tous les paramètres ne sont pas connus, notamment la valeur cantonale du point dont les effets seront déterminants financièrement parlant.

Enfin, il faut relever qu'une convention tarifaire conclue par la FMH n'engage pas obligatoirement tous ses membres, chaque médecin étant (en théorie du moins) habilité à signer une convention particulière avec chaque assureur. Et si le tarif est imposé, il reste même possible au médecin de se "récuser", auquel cas il renonce à l'obligation de prise en charge par l'assureur, mais peut pratiquer d'autres prix.

En bref

- Le TarMed existe et il sera introduit. Reste à savoir quand et selon quelles modalités.
- La version actuelle n'est pas encore au point et n'est absolument pas acceptable.
- L'ouvrage est remis sur le métier avec une date d'introduction qui sera au plus tôt le 1.1.2002 pour l'assurance-accident, AI et AM.
- La Chambre médicale ne peut approuver maintenant un projet qui n'est pas mûr et qui aurait pour conséquence la disparition de certaines spécialités, mais elle a donné un signal positif et exige la correction des défauts connus. ■

Dr P.-A. Schneider

INFORMATIONS DU CONSEIL

● Changement au sein du Bureau

Nous informons suite à l'Assemblée générale du 28 mai 2001, un échange de fonction est intervenu au sein des membres du Bureau.

Le Dr P. Beck a été nommé Secrétaire et le
Dr C. Selleger a été nommé Trésorier.

● Enquête sur l'équipement informatique des cabinets

Merci de votre participation active ! Plus de 56 % de réponses, nouveau record. Vos réponses nombreuses à l'enquête initiée début Avril et concernant votre environnement informatique confirment votre intérêt et attentes par rapport au sujet. Une analyse complète des résultats vous sera restituée à la rentrée, toutefois, nous vous communiquons d'ores et déjà les premières tendances qui montrent :

- taux d'équipement/utilisation supérieur à 80 %, en forte progression
- applications locales concentrées sur la comptabilité/gestion et la bureautique
- utilisation d'Internet tirée par le courrier électronique - près de 70 % des équipés
- intentions d'équipement importantes - près de 60 % des non équipés-, motivées par Tarmed et l'accès au courrier électronique notamment.

A fin août, nous publierons une deuxième partie, encore plus affinée, de cette enquête.

D'ores et déjà nous avons constaté que plus de 200 d'entre vous ont un E-mail et ne nous l'ont pas encore communiqué.

Merci d'y penser.

Scalpel ou pommade



...A la maison Abott qui, non contente de retirer ses laboratoires Vision dès la fin du mois de septembre, n'a apporté de surcroît aucune aide ni aucun appui aux confrères concernés.

Pire, elle a refusé de mettre à notre disposition la liste des médecins concernés alors que nous cherchions à leur apporter notre appui.

On constate une fois de plus que si certains pharmas sont toujours prompts à demander le soutien du corps médical, par exemple lors de votations qui les touchent de près, le renvoi d'ascenseur n'est pas systématique...

...A l'assurance KOLPING qui, pour la simple prescription d'un antibiotique, le «Rocephine», suspend le paiement de ses prestations et demande au médecin diagnostic, anamnèse et pronostic.

Si une partie des coûts de la santé peuvent être comprimés ou diminués ou en tout cas mieux gérés, c'est en particulier en évitant ce genre d'échange de courrier et de tracasseries administratives papivores et chronophages.

...A Assura SA, entité privée d'Assura, caisse-maladie mutualiste et sans but lucratif qui donne à ses affiliés la possibilité d'acquérir force dives bouteilles d'un parchet de bonne qualité qu'elle vient d'acquérir.

Santé et alcool ne font toutefois pas bon ménage et l'abus est proche de l'usage...

Double coup de scalpel puisqu'ainsi, Assura SA peut suivre de très près la consommation d'alcool de ses affiliés et, qui sait, décider de ce chef ruptures de contrat ou autres réserves...?

Mutations

Nouveaux membres

Les Drs Anne-Valérie Bugnon, Tatiana Daneva Treand, Axel Maxillo Klohn, Moïra Robertson, Lilly Rutishauser sont membres depuis le 14 mai 2001.

Décès

Nous avons eu le regret de perdre le Dr Klaus Baumgart, décédé le 11 juin 2001.

Ouverture de cabinet

Madame le docteur
Tatiana DANEVA TREAND

Rue de la Terrassière 58

1207 Genève

Tél. prof.: 735 91 16

Tél. privé: 752 53 68

Fax: 735 17 34

S/r-vs sauf mercredi

Langue parlée: b.an.e.r.

FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie

Mme Dr T.Daneva Treand

Corrections à apporter dans la liste des membres

COURVOISIER François

Tél. privé: 757 68 26

DROZ Christian

Tél. prof.: 809 01 41

Fax: 809 01 42

DROZ RIEDO Laure Mme

Tél. prof.: 809 01 42

Fax: 809 01 43

URBAN Dominique Mme

Rue Saint-Victor 4

1206 Genève

Tél. prof.: 347 37 57

Tél. privé: 347 37 57

Fax: 347 37 57

La nouvelle loi sur les produits thérapeutiques

Nous publions ci-dessous un article des Drs M. Kondo Oestreicher, J.-Cl. Méroz et P. Dayer paru dans *Médecine et Hygiène* No 2342 du 11 avril 2001 sous la rubrique "Mise au point".

Deux changements marqueront le domaine de la thérapeutique: dès le 1er janvier 2002, Swissmedic, Institut Suisse des Produits Thérapeutiques, remplacera l'OICM et la Division principale des agents thérapeutiques de l'OFSP; et la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques entrera en vigueur. Celle-ci introduira quelques nouveautés pour le praticien, parmi lesquelles l'extension de l'obligation d'annoncer les effets indésirables graves, anormalement fréquents ou tout incident pouvant mettre en péril ou altérer la santé, une uniformisation des règles de bonnes pratiques dans les essais cliniques, une nouvelle catégorie de remise de médicament. C'est l'occasion de rappeler ce que recouvrent les dispositions suisses concernant les génériques et les importations parallèles.

L'Office Intercantonal de Contrôle des Médicaments (OICM), fondé en 1900, se charge depuis cent ans d'expertiser les médicaments vendus en Suisse et d'en surveiller la sécurité. Son association à la Division principale des agents thérapeutiques de l'Office fédéral de la santé publique et sa transformation en un institut national des produits thérapeutiques marqueront l'an 2001. Cet institut fédéral prendra vie dès l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale sur les produits thérapeutiques (LPT),¹ prévue pour le 1er janvier 2002. Il sera géré par la Confédération avec le concours des cantons sous le nom de Swissmedic Institut Suisse des Produits Thérapeutiques (ISPT). Son champ d'action s'étendra des médicaments aux produits biologiques à but thérapeutique (par exemple : sang et produits sanguins, vaccins), en passant par les procédés thérapeutiques (par exemple : thérapie génique) et les dispositifs médicaux utilisés chez l'être humain et chez l'animal. L'Institut prendra dorénavant des décisions qui auront en elles-mêmes force obligatoire sur l'ensemble du territoire suisse alors que l'OICM reposant sur un concordat intercantonal administratif, requiert à cette fin l'appui des cantons. L'entrée en vigueur de la loi s'accompagnera de quelques nouveautés touchant directement les médecins qui sont décrites dans cet article.

Pharmacovigilance: l'obligation d'annoncer

Les dispositions concernant les règles de surveillance du marché des médicaments sont contenues dans la loi (chapitre 4, section 3, articles 58 à 60) et dans le projet d'ordonnance sur les médicaments (P-Oméd).² Ainsi, la loi charge l'ISPT «de surveiller la sécurité des produits thérapeutiques», et de collecter les annonces, de les évaluer et de «prendre les mesures administratives nécessaires». Ces mesu-

res comprennent notamment la suspension d'une autorisation de mise sur le marché d'un produit thérapeutique (art. 66, al. 2, let. b) et la possibilité de publier des informations sur des événements particuliers en relation avec des produits thérapeutiques présentant un danger pour la santé ou sur l'usage correct des produits thérapeutiques (art. 67, al. 1). L'institut n'est pas le seul à pouvoir appliquer des mesures administratives puisque les cantons partagent cette tâche lorsque se présente une «menace grave et immédiate pour la santé».

Ce que la nouvelle loi apporte d'essentiellement nouveau dans le domaine de la pharmacovigilance suisse, c'est l'extension à de nouvelles catégories professionnelles de l'obligation d'annoncer.

Cette obligation, qui s'appliquait déjà aux fabricants et aux distributeurs, s'étend désormais à toute personne qui, à titre professionnel, administre ou remet des produits thérapeutiques (art. 59, al. 3). Sont concernés les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les vétérinaires³ qui observent un effet indésirable grave (menaçant la vie, ayant motivé une hospitalisation, laissant des séquelles ou modifiant notablement la prise en charge médicale) ou tout effet indésirable jusque-là inconnu ou anormalement fréquent y compris les cas graves d'abus et d'intoxication et tout incident ou défaut qui est ou pourrait être imputable au produit thérapeutique lui-même, à son administration ou à un étiquetage ou à un mode d'emploi incorrects, et qui pourrait mettre en péril ou altérer la santé du consommateur, du patient, de tiers ou des animaux traités. Des délais d'annonce devront également être respectés (tableau 1).

L'institut recueille les annonces à l'aide d'un formulaire unifié pour toute la Suisse et tous les professionnels. Ce formulaire sera publié dans les organes officiels des professions administrant ou remettant des

produits thérapeutiques et sera disponible sur le site internet de l'Institut et des centres régionaux. Non seulement les professionnels, mais aussi des patients et leurs organisations pourront annoncer les effets indésirables directement à l'Institut suisse ou aux centres régionaux de pharmacologie et de toxicologie clinique (art. 59, al. 4). Le concept de régionalisation correspond à une exigence de qualité des annonces que le professionnalisme des intervenants et la proximité peuvent favoriser. La qualité et la rapidité des annonces spontanées d'effet indésirable conditionnent l'efficacité d'un tel système national de surveillance et de sécurité du marché des produits thérapeutiques. Ce concept correspond, entre autres, au modèle français de pharmacovigilance.

En France, le décret n° 95-278 du 13 mars 1995 (abrogeant le décret du 30 juillet 1982) institue un système national de pharmacovigilance qui comprend un organe central, l'Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, qui met en réseau 31 centres régionaux, les membres des professions de la santé et les entreprises ainsi que les pharmacies. Il s'agit d'une loi qui introduit l'obligation de signaler pour tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien ou sage-femme «ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit...qu'il l'ait ou non prescrit...». Le décret précise les critères définissant un centre régional de pharmacovigilance, dont le responsable doit être un médecin formé à la pharmacologie ou à la toxicologie clinique.

La Communauté européenne dispose depuis 1995 d'une structure centrale de contrôle des médicaments (EMEA) dont le règlement fondateur de 1993⁴ établit «des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médica-



Tableau 1. Quelques règles et leur référence dans la LPT concernant l'introduction pour les professionnels de la santé d'une obligation d'annoncer des effets indésirables graves et incidents thérapeutiques mettant en péril ou altérant la santé.

*Applicable principalement aux fabricants ou titulaires d'autorisation.

LPT Ordonnance	Pharmacovigilance/ Hémovigilance	Obligation d'annoncer dès 01/2002
Art. 58, 59, 60 LPT	Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Dentiste • Médecin • Pharmacien/ne • Toute personne qui à titre professionnel administre ou remet des produits thérapeutiques, fabricant, distributeur
Art. 59 LPT art. 32 P-OMéd	Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Tout effet indésirable <ul style="list-style-type: none"> - grave - inconnu - anormalement fréquent* - cas graves d'abus et d'intoxication • Tout incident ou défaut qui est ou pourrait être imputable <ul style="list-style-type: none"> - au produit thérapeutique lui-même - à son administration - à un étiquetage - à un mode d'emploi incorrect et qui pourrait mettre en péril ou altérer la santé du consommateur, du patient, de tiers ou des animaux traités • Tout défaut de qualité
	Comment ?	Formulaire de l'ISPT (publié dans les organes officiels professionnels et téléchargeable sur le site internet officiel).
Art. 58 et sq LPT art. 34 et Section 2 et 3 P-OMéd	Où ?	<ul style="list-style-type: none"> • Centre régional du réseau des cinq centres régionaux suisses de pharmacologie et toxicologie cliniques, ou • directement auprès de l'ISPT
Art. 33 P-OMéd	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de décès <5 jours • Effet indésirable grave ou anormalement fréquent* ou cas graves <15 jours • Dans les autres cas <30 jours
Chap. 8 et art. 87c. LPT	Dispositions pénales	Est passible d'une amende quiconque par négligence contrevient à l'obligation d'annoncer

ments à usage humain et à usage vétérinaire et (instituée) une agence européenne pour l'évaluation des médicaments... considérant qu'il est également nécessaire de prendre des mesures pour la surveillance des médicaments autorisés par la Communauté, et en particulier pour la surveillance intensive des effets indésirables de ces médicaments dans le cadre d'activités communautaires de pharmacovigilance, de façon à assurer le retrait rapide du marché de tout médicament présentant un niveau de risque inacceptable dans des conditions normales d'emploi». Ce règlement prévoit un réseau informatique européen de pharmacovigilance (Eudranet) et une collaboration avec l'OMS.⁵ La Communauté européenne s'est dotée d'une

nouvelle directive du 5 juin 2000 (2000/38/CE) dans le but d'adapter les systèmes de pharmacovigilance dans la Communauté aux progrès scientifiques et techniques, à l'harmonisation internationale des définitions et d'en assurer une meilleure coordination.

La nouvelle loi helvétique sur les produits thérapeutiques s'inscrit ainsi dans l'évolution internationale tendant vers une amélioration continue de la qualité de la thérapeutique qui tient compte des connaissances cliniques, adaptant régulièrement les informations au sujet des contre-indications et des risques potentiels à surveiller par tous les professionnels, fabricant, distributeur, prescripteur et dispensateur. Elle donne une assise légale et

logique à l'activité de surveillance de la sécurité des médicaments sur le territoire suisse et contient des exigences comparables à celles en vigueur dans la Communauté européenne. Il s'agit d'un effort d'harmonisation tant sur le plan intercantonal qu'international qui, sous peine d'arrêt ou d'amende (art. 87), renforce le rôle des professionnels de la santé dans l'évaluation des produits thérapeutiques dont ils se servent quotidiennement en conférant un caractère d'obligation légale, et plus seulement déontologique, à l'annonce des éléments négatifs qu'ils observent.

Réglementation des essais cliniques

La LPT consacre toute une section (chap. 4, sect. 2, art. 52 à 57) aux essais cliniques effectués avec les produits thérapeutiques. Il s'agit là d'une nouvelle étape importante vers l'instauration en Suisse d'un régime interdisciplinaire unifié des bonnes pratiques des essais cliniques. En effet, dans le domaine des produits thérapeutiques, les investigateurs doivent aujourd'hui se référer à trois textes différents : le Règlement de l'OICM sur les médicaments au stade d'essai clinique⁶ et l'Ordonnance fédérale sur les essais cliniques de produits immunologiques⁷ pour les médicaments,⁸ ainsi que l'Ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux⁹ pour les produits de ce type.

La LPT pose les principes fondamentaux des bonnes pratiques des essais cliniques (BPEC) communs à tous les essais conduits avec des produits tombant dans son champ d'application (art. 54, al. 1 et 2 ; art. 55 et 56). Les détails spécifiques à chaque type de produits sont réglementés dans un projet d'Ordonnance sur les essais cliniques (ci-après P-O essais) qui s'inspire pour les médicaments sur la directive en la matière émise par la Conférence internationale d'harmonisation technique pour l'enregistrement des médicaments à usage humain¹⁰ et, pour les dispositifs médicaux, aux annexes pertinentes des directives 93/42/CEE¹¹ et 90/385/CEE¹² qui réglementent ces produits dans l'Union européenne. La loi règle également le contrôle étatique sur les essais ainsi que les compétences respectives de la Confédération et des cantons à propos des comités d'éthique (art. 54, al. 3 à 6). Enfin, et c'est là une nouveauté



marquante, la LPT prévoit de punir l'investigateur qui aurait mené un essai clinique sans se conformer aux dispositions de la loi (art. 86, al. 1, let. g et art. 87). Dernière innovation de taille, la possibilité pour la Confédération de publier le registre des essais cliniques annoncés ou autorisés (art. 54, al. 7).

Principes fondamentaux

Les principes développés par la loi pour le recueil du consentement éclairé (art. 54, al. 1), la conduite des essais cliniques sur les personnes mineures, interdites ou incapables de discernement (art. 55) ainsi que sur les essais cliniques en situation médicale (art. 56) ne recèlent aucune nouveauté marquante par rapport à la législation déjà en vigueur, notamment sur le Règlement de l'OICM en la matière.

Il faut toutefois souligner que l'énumération des éléments sur lesquels doit porter le consentement éclairé n'est pas exhaustive. Elle pourra être complétée au gré des caractéristiques des essais. Elle est donc nécessaire, mais non suffisante.

Une nouveauté introduite dans le projet d'Ordonnance aura des conséquences non négligeables dans la logistique des promoteurs et des investigateurs : celui-ci prévoit en effet que la documentation relative aux essais cliniques doit être archivée durant vingt ans (art. 18, al. 1 P-O essais) alors que le délai de conservation actuelle est de dix ans (pt 3.16 ann. I, Règlement OICM).

Le contrôle étatique

Le contrôle étatique des essais s'exercera en plusieurs étapes. La première sera bien évidemment l'examen du dossier par un comité d'éthique de la recherche (art. 52, al. 1). La seconde prendra la forme d'une annonce des essais à l'institut (art. 54, al. 3).

Lors de l'annonce, l'Institut procédera à un examen du dossier. Si les exigences de la loi ne sont pas remplies, il pourra interdire un essai ou lier son exécution à des charges ou à des conditions (art. 54, al. 4). Si l'Institut n'a pas formulé d'objection dans les 30 jours pour les médicaments et 60 pour les dispositifs médicaux, l'investigateur pourra se mettre au travail.

La loi prévoit que le Conseil fédéral peut remplacer l'obligation d'annoncer par une autorisation obligatoire pour des essais cliniques effectués dans des domaines scientifiques innovateurs, telles les thé-

rapies géniques, ou avec des sujets de recherche vulnérables, comme les personnes mineures, interdites ou incapables de discernement, lorsqu'un besoin de protection accru est nécessaire (par exemple lorsque ces personnes ne peuvent attendre un bénéfice direct de l'essai) (art. 54, al. 5).

Pour les essais de thérapie génique et les micro-organismes génétiquement modifiés, le contrôle étatique est renforcé par le fait que les essais doivent être conformes à la législation sur la protection de l'environnement. Curieusement, le P-O essais dissocie les essais de thérapie génique et les essais de micro-organismes et les traite dans deux articles différents. Pour les thérapies géniques, l'Institut doit, avant d'octroyer l'autorisation de conduire l'essai, demander l'avis de la Commission fédérale d'experts pour la sécurité ainsi que l'accord de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de l'Office fédéral de l'environnement, des forêts et du paysage (OFEFP) (art. 18, al. 1 P-O essais).

L'approbation de ces deux offices est également exigée pour les essais impliquant des micro-organismes génétiquement modifiés (art. 19, al. 1 P-O essais) et cela en conformité avec l'article 9 de l'Ordonnance sur l'utilisation des organismes en milieu confiné (OUC).¹³ Mais, dans ce cas, c'est l'investigateur qui doit leur demander leur approbation (articles 9, 15, 16 OUC).

Poursuite pénale contre le promoteur ou l'investigateur

L'une des innovations de la LPT est de permettre la poursuite pénale du promoteur ou de l'investigateur en raison d'infractions spéciales commises dans le cadre d'un essai clinique. Jusqu'à présent, ils ne pouvaient être poursuivis que dans le cadre général du Code pénal suisse (CPS).¹⁴

Ainsi est désormais passible de l'emprisonnement ou d'une amende de 200 000 francs au plus quiconque met intentionnellement en danger la santé d'êtres humains du fait qu'il effectue ou fait effectuer sur l'être humain un essai clinique qui ne satisfait pas aux exigences de la LPT (art. 85, al. 1, let. g).

La peine sera plus légère s'il n'y a pas de danger pour des tiers, la peine sera plus légère puisque, selon la loi, est passible des arrêts ou d'une amende de 50 000

francs au plus, quiconque, intentionnellement, commet des actes visés à l'art. 86, al. 1, sans mettre en péril la santé de personnes (art. 87, al. 1, let. f).

Ces mesures frappent l'investigateur ou le promoteur qui, par exemple, aura mené ou fait mener un essai sans tenir compte d'un avis négatif du comité d'éthique ou sans respecter une condition fixée par l'Institut.

On remarquera ici qu'il s'agit d'infraction poursuivie d'office. L'action pénale ne dépendra donc pas d'une plainte déposée par un sujet de recherche ou même par un collaborateur de l'investigateur. De ce fait, on se rapproche ici de l'article 127 CPS qui punit celui qui a mis en danger la vie ou la santé d'une personne qui lui était confiée.¹⁵

Publication du registre des essais

La loi habilite le Conseil fédéral à prévoir la publication des essais cliniques annoncés et autorisés, interrompus et terminés (art. 54, al. 7).

L'introduction de cette possibilité est peut-être l'innovation la plus sensationnelle de la loi. Elle a été voulue par le Parlement. Une telle publication est nécessaire à l'avancement de la science, car elle permettrait d'éviter la répétition de recherches déjà entreprises. Elle ferait aussi connaître les échecs, dont les entreprises ne parlent pas volontiers, mais qui pourraient autant faire avancer la science que les succès révélés jusque dans les colonnes de la presse économique. Cette publication est vivement demandée dans les milieux médicaux, dont les revues spécialisées sont les porte-parole.¹⁶

Si une telle publication est effectivement souhaitable, elle ne pourra être faite que lorsque son apport positif sera reconnu par l'industrie pharmaceutique et qu'une coordination internationale sera établie. Avant cela, une telle publication risque surtout de faire fuir la recherche vers des cieux plus discrets.

Génériques

Depuis le 1er janvier 2001, la Loi sur l'assurance maladie (LAMal)¹⁷ prévoit, sous réserve de l'exigence expresse d'une préparation originale, le droit de les substituer par des génériques par le pharmacien, qui en informe la personne qui a prescrit (art. 52a LAMal).



Que dit la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques ou ses ordonnances au sujet des génériques ?

Il convient d'abord de distinguer le générique de la copie. La copie est « produite par le même fabricant, selon le même procédé de fabrication, dans la même composition qualitative et quantitative des principes actifs et des excipients et conditionné dans le même emballage primaire... et commercialisé sous une autre dénomination ou marque », alors que les génériques sont similaires et non identiques, répondant à la définition suivante: « imitations de préparations originales déjà enregistrées... (avec) même principe actif (y compris les sels correspondants)... même forme pharmaceutique... même voie d'administration... même dosage... mêmes indications. Elles sont interchangeables avec la préparation originale ». ¹⁸ La demande de mise sur le marché d'un médicament « qui est très proche d'un médicament déjà autorisé (préparation originale) et qui est destiné au même emploi » doit obéir à plusieurs règles. La première est que la préparation originale ne soit plus au bénéfice d'une protection par un brevet d'invention (vingt ans à partir du dépôt du brevet). ¹⁹ La documentation du dossier d'enregistrement portant sur les essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques bénéficie d'une autre protection de dix ans (art. 12) à compter du premier enregistrement, période durant laquelle un second requérant (générique) ne peut pas se référer au dossier d'enregistrement du produit original. Cette protection des données est de cinq ans au maximum (art. 17 P-OMéd) pour les nouvelles indications, de nouveaux modes d'administration, de nouvelles formes galéniques ou de nouveaux dosages. Durant cette période, le premier requérant peut accorder l'autorisation de se référer aux données de son dossier pour l'enregistrement simplifié de médicaments génériques. Sans cet accord, le fabricant de générique doit absolument attendre l'écoulement de la période de protection ou déposer un dossier complet comprenant les essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques (LPT et OEMéd). ²⁰ Cette protection d'éléments du dossier est conforme aux engagements pris par la Suisse dans le cadre de l'Ac-

cord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce. ²¹

La procédure simplifiée d'autorisation peut être demandée lorsque les exigences en matière de qualité, de sécurité, d'efficacité sont remplies et qu'aucun intérêt de la Suisse ou engagement international ne s'y opposent tel qu'une protection par un brevet d'invention. Cette procédure permet en particulier de remplacer les essais cliniques portant sur l'efficacité thérapeutique et la sécurité par la preuve de l'équivalence thérapeutique habituellement plus ou moins 20%, c'est-à-dire que le générique est aussi sûr et efficace que le produit original dans une certaine mesure qui peut être modifiée selon la marge thérapeutique, ²² par les résultats d'une étude pharmacodynamique et des résultats de biodisponibilité qui en découlent (rapidité, intensité de l'effet, vitesse de diffusion et volume de distribution), par des données d'application chez des patients, soit encore par des essais de dissolution in vitro.

Lorsque la preuve par équivalence thérapeutique ne peut être fournie parce qu'elle exigerait un trop grand nombre d'études cliniques, elle peut être indirectement apportée par la démonstration de la bioéquivalence. La bioéquivalence repose sur une similitude plus ou moins 20% de la biodisponibilité de deux produits administrés à la même dose, dont on déduit une efficacité et une sécurité comparable. ²³ Les différences induites par la composition des excipients et/ou d'impuretés de fabrication ainsi que des différences entre une prise unique ou répétée du médicament testé peuvent ainsi échapper à l'évaluation des génériques. De plus, dans certaines circonstances où des études de biodisponibilité ne sont pas réalisables, comme dans le cas d'aérosols ou de topiques, celles-ci peuvent être remplacées par des études de dissolution in vitro ou des études pharmacodynamiques comparant un effet clinique bénéfique ou indésirable.

Enfin, une autorisation de mise sur le marché lorsqu'elle est délivrée est valable cinq ans, renouvelable (art. 16), sous réserve de modification ou de révocation de l'autorisation, tel que cela peut survenir en cas de révision de groupe.

Importations parallèles

La LPT permet l'importation parallèle par d'autres distributeurs que le distributeur officiel de médicaments déjà enregistrés en Suisse à partir de pays ayant institué un système équivalent d'autorisation de mise sur le marché. Contrairement à ce que prévoyait l'initiative Denner « pour des médicaments à moindre prix » balayée en votation populaire le 4 mars 2001, ces importations devront être soumises pour autorisation à l'ISPT dans le cadre d'une procédure simplifiée. De cette façon, les autorités sanitaires garderont une vue d'ensemble du marché et sauront quelles entreprises interpellent si des mesures de sécurité doivent être ordonnées en cas d'effets secondaires indésirables ou de défaut de fabrication (art. 14, al. 2).

Seuls toutefois des médicaments dont le brevet est tombé en Suisse dans le domaine public pourront faire l'objet de telles importations (art. 14, al. 3). Cette restriction permet de sauvegarder les intérêts économiques des entreprises qui ont investi parfois des sommes importantes dans la recherche et est conforme à la pratique internationale. ²⁴

De son côté, l'importateur secondaire doit être en mesure de garantir de façon durable que ses médicaments remplissent les mêmes exigences de sécurité et de qualité que ceux du premier requérant. L'inscription dans la durée de cette exigence permet d'éviter que l'importation parallèle soit le fruit d'une spéculation sur le court terme. L'importateur secondaire devra en outre disposer d'une autorisation d'importer des médicaments, tout comme le premier requérant. Tout ce dispositif empêche l'importation en gros directe, à l'insu de l'autorité sanitaire.

Vente par correspondance

L'art. 27 précise qu'en principe, la vente par correspondance de médicaments est interdite. Toutefois, une autorisation est délivrée si une ordonnance médicale existe, si les conseils sont fournis dans les règles de l'art, qu'une surveillance médicale suffisante de l'action du médicament est garantie, enfin qu'aucune exigence en matière de sécurité ne s'y oppose.



De plus...

La nouvelle Loi sur les produits thérapeutiques et ses ordonnances contiennent, de plus, nombre de dispositions supplémentaires telles que des exigences relatives à la déclaration explicite des excipients (conservateurs, colorants...), à la déclaration de la teneur en alcool ou encore des exigences relatives à l'information ou à la publicité destinées aux professionnels ou aux patients. Une nouvelle catégorie de remise des médicaments est ajoutée. Ainsi, une subdivision est créée dans la catégorie A (médicament remis sur ordonnance non renouvelable) pour les médicaments dont la remise doit être restreinte de par ses propriétés pharmacologiques ou des raisons de santé publique (A2). Les catégories B (médicaments remis sur ordonnance), C (médicaments non soumis à une ordonnance et dont la re-

mise requiert un conseil professionnel de la part du personnel médical), D (médicaments non soumis à une ordonnance qui peuvent être remis après conseil professionnel) et E (médicament remis sans conseil professionnel, en vente libre) sont maintenues.

Quant à la détermination du prix des médicaments et à la composition de la liste des spécialités qui sont à la charge de l'assurance maladie de base, ces compétences restent comme auparavant dévolues à l'Office fédéral des assurances sociales qui peut tenir compte des catégories de médicaments définies par l'OICM, et le futur Institut suisse des produits thérapeutiques.

Dr Mitsuko Kondo Oestreicher,
Dr Jean-Christophe Méroz
Pr Pierre Dayer
Division de pharmacologie et
toxicologie cliniques

*The new therapeutic products law
Two major changes will mark the Swiss
therapeutics :*

*1 January 2002 Swissmedic Swiss
Institute for Therapeutic Products will
replace the Intercantonal Office for the
Control of Medicines and the Division of
therapeutic agents of the Federal Public
Health Office ; and a new therapeutic
products law will be put in place. This
new law brings some novelties for the
practitioner, as for example the
enlargement of the mandatory
announcement of severe, medically im-
portant or unexpectedly frequent adverse
drug reactions, a nation-wide unity in
good clinical practices in human research
and a new drug dispensation category.
This article is also a reminder of the Swiss
reglementation on the generic drugs and
parallel importations.*

Bibliographie

- 1 Lois du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques (LPT ; FF 2000 5689).
- 2 Ordonnance sur les médicaments.
- 3 FF 1999 3234.
- 4 Règlement fondateur de l'EMA : http://www.europa.eu.int/eur-lex/fr/lif/dat/1993/fr_393R2309.html
- 5 Documentation de référence EMEA/CPMP/PhVWP/053/98.
- 6 Règlement du 18 novembre 1993 sur les médicaments au stade d'essai clinique (RS OICM/UICM 230.1).
- 7 Ordonnance du 26 juin 1996 sur les essais cliniques de produits immunologiques (RS 818.124.1).
- 8 Sprumont D. La protection de la personne dans le domaine de la recherche médicale. Rapports suisses présentés au XVe Congrès international de droit comparé, Publication de l'Institut suisse de droit comparé, Schulthess, Zürich 1998, p. 451ss.
- 9 Ordonnance du 24 juin 1996 sur les dispositifs médicaux (Odin ; RS 819.124).
- 10 ICH Guideline for good clinical Practice <http://www.ifpma.org/pdfifpma/e6.pdf>
- 11 JO n° L 169, VIII et X version du 12.7.1993, modifiée par la directive 98/79/CE (JO n° L 331 du 27.10.1998).
- 12 JO n° L 189, annexes 6 et 7 version du 20.7.1990, modifiée par les directives 93/42/CEE et 93/68/CEE (JO n° L 220 du 30.8.1993). Le texte des directives citées peut être demandé à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel (OCFIM ; 3000 Berne) aux conditions prévues par l'ordonnance du 21 décembre 1994 sur les émoluments de l'OCFIM (RS 172.041.11).
- 13 Ordonnance du 25 août 1999 sur l'utilisation des organismes en milieu confiné (RS 814.912).
- 14 Code pénal suisse, du 21 décembre 1937 (RS 311.0).
- 15 Art. 127 CPS. Mise en danger de la vie ou de la santé d'autrui/Exposition : Celui qui, ayant la garde d'une personne hors d'état de se protéger elle-même ou le devoir de veiller sur elle, l'aura exposée à un danger de mort ou à un danger grave et imminent pour la santé, ou l'aura abandonnée en un tel danger, sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.
- 16 Editorial de La Revue Prescrire, juin 1999, tome 19 N° 196, p. 465s.
- 17 Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal ; RS 832.10).
- 18 Instruction de l'OICM du 23 mai 1991 pour la présentation des demandes d'enregistrement de préparations génériques à un seul principe actif, destinées à l'usage humain (RS OICM/UICM 221.11.4).
- 19 Loi fédérale sur les brevets d'invention, art. 14 (RS 232.14).
- 20 Ordonnance sur les exigences relatives aux médicaments.
- 21 Art. 39 de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (RS 0.632.20 (Annexe 1.C du Traité du GATT/OMC)).
- 22 Tiré des Instructions de l'OICM pour la présentation des demandes d'enregistrements de préparations génériques à un seul principe actif destinées à l'usage humain, du 23 mai 1991.
- 23 Gleiter CH, Gundert-Remy U. Bioequivalence and drug toxicity ; how great is the problem and what can be done ? Drug Safety 1994 ; 11: 1-6.
- 24 ATF 126 III 129ss arrêt Kodak ; «Importations parallèles et droit des brevets - Rapport du Conseil fédéral du 8 mai 2000 en réponse à la question de la Commission de l'économie et des redevances du Conseil national (CER) du 24 janvier 2000. <http://www.ejpd.admin.ch/Doks/PM/2000/000531c-ber-f.pdf>

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
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

31 août 2001

8 août 2001

Obligation de contracter : le débat continue...

Rappelons que sous le régime que nous connaissons dans la LAMal, chaque médecin qui ouvre un cabinet ou qui s'installe de toute autre façon en libre pratique se voit automatiquement reconnu par la communauté des assureurs comme autorisé à pratiquer à la charge de l'assureur social.

Ceci bien entendu à condition de remplir trois conditions : être titulaire du diplôme fédéral de médecin, avoir au moins deux ans de formation post-grade et être au bénéfice du droit de pratique cantonal délivré par le Conseil d'Etat.

Sous réserve de ces trois conditions, l'assureur LAMal n'a pas d'autre alternative que d'honorer les factures émises par le médecin à l'intention du patient-assuré. Evidemment, cette obligation ne lui plaît guère et il revendique pour lui-même la liberté de choix du médecin dont il acquitterait les factures, invoquant pour cela l'aspect libéral de la concurrence voulue par la LAMal elle-même. Mais dans le domaine social de la santé, où est donc le libéralisme ?

Les prestations prises en charge sont listées de façon exhaustive dans la loi et ses ordonnances, les prix en sont fixés par l'Etat, par convention soumise à l'approbation de celui-ci, voire par le Conseil Fédéral en cas de recours. De surcroît, le préposé à la surveillance des prix est également habilité à intervenir.

Pour le surplus et par équité, on rappellera que les primes doivent être avalisées par l'OFAS et que chaque citoyen de ce pays, qu'il le veuille ou non, doit être assuré. On peut donc difficilement parler de libéralisme et de concurrence dans ces circonstances. Si, peut-être, puisque les assurés peuvent changer d'assureur et que celui-ci, face à ce risque, a intérêt à proposer les primes les plus basses et les services les meilleurs. Risque minime, reconnaissons le, puisque la placidité et la sédentarité bien connues de l'Helvète - ainsi que parfois quelques chicaneries administratives - ne l'incitent guère, les chiffres le montrent, à quitter un assureur chez qui il est généralement affilié depuis longtemps.

Malgré ces faits, nombre d'assureurs continuent d'estimer que la fin de l'obligation de contracter demeure la seule solution pour maîtriser, voire comprimer les coûts de notre système de santé et persistent à l'exiger.

Mais selon quels critères ? C'est là que le bât blesse.. Critères de qualité - mais fixés par qui et selon quelle échelle ? - ou de quantité ? Allons au plus simple et au plus primaire: selon les assureurs, les critères doivent être quantitatifs, purement économiques et financiers. Et c'est ainsi que l'on pourrait éliminer du système tous les médecins dépassant de X% la moyenne de coût par cas de leur spécialité, ceci en se basant bien sûr sur les chiffres des assureurs eux-mêmes.

L'expérience a été tentée il y a quelques années par un assureur qui a établi la liste des médecins les moins chers selon lui. La sélection a été tellement bien faite que figuraient sur cette fameuse liste des médecins décédés...ce qui rendait bien entendu leurs coûts proches de zéro... !

Une autre idée a été, semble-t-il, lancée par le président d'Helsana : limiter la reconnaissance des médecins remboursables à ceux d'entre eux qui prescrivent le plus de génériques. Où est la logique ici ? Et qui assumera la responsabilité, à terme, de l'affaiblissement ou de la disparition de la recherche pharmaceutique dans ce pays ?

Helsana semble oublier, d'abord que c'est grâce à une recherche de pointe et à des laboratoires performants que les génériques qu'elle veut privilégier peuvent exister ; ensuite, que la population suisse a très récemment et massivement rejeté l'initiative Denner sur les médicaments dont certains objectifs allaient dans le même sens.

Les Suisses veulent la qualité en tout, mais ils acceptent de la payer. En effet, ils ont assumé sans trop rechigner les augmentations successives de primes enregistrées jusqu'à présent et ne sont guère enclins à envier le système de soins anglais, qui démontre ces jours et de façon éclatante le coût final monstrueux de mesures de rationnement prises pendant des années.

J.-M. G.

Communication du Service Santé de la Jeunesse

Vaccinations des professionnels de la petite enfance

Le service de santé de la jeunesse est responsable de la protection de la santé des enfants dans les collectivités.

A ce titre, il est aussi garant de la santé du personnel éducatif des institutions de la petite enfance.

Nous nous permettons de vous rendre attentifs au fait que la couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ou la coqueluche étant insuffisante en Suisse, les risques d'épidémie sont persistants dans notre pays pour ces maladies. Leurs complications peuvent être graves chez de très jeunes enfants ou des femmes enceintes.

Nous vous remercions donc d'être attentifs à l'état vaccinal de vos patients(es) qui collaborent avec les institutions de la petite enfance et de leur recommander vivement les vaccins selon les indications de l'OFSP.

A titre indicatif, les vaccinations d'une éducatrice devraient être à jour pour la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (rappel adulte disponible depuis 2001), la polio. En outre, elle doit avoir eu deux doses de ROR (rougeole-oreillons-rubéole) et, si elle le souhaite, la grippe et l'hépatite A + B.

Dr P. Bouvier
Médecin directeur

Dr R.-L. Mounoud
Médecin attaché à la Direction
Unité santé du personnel des institutions

Dr N. Pellaud
Médecin attaché à la Direction
Division Petite Enfance

La pédale, le politicien et la peinture jaune

Depuis quelques années, le mois de juin remet traditionnellement en valeur la «petite reine» et ses usagers. Excellente initiative, qui permet de mieux informer la population sur l'usage bénéfique de la bicyclette et de placer Genève, une fois de plus, à la pointe du progrès en ce domaine.

C'est ainsi que l'on a vu sur leurs vélos respectifs, un Ramseyer casqué et en tenue sportive - il a eu le mérite de joindre Versoix à Cornavin à vélo - et un Ferrazzino «Marquis Aramis» de l'AdG, en costard cravate sur un même coursier. La jeune bedaine du second ne donnait d'ailleurs pas l'impression qu'il se livrait à cet exercice tous les jours... mais bon, on est politicien ou on ne l'est pas.

Je l'ai entendu aussi, le brave Marquis, vanter sur la TSR le nombre de kilomètres de pistes cyclables que Genève avait réalisé jusqu'ici. Impressionnant semble-t-il, en comparaison des autres grandes villes de Suisse. Mais foin des chiffres, ils ne disent rien en l'occurrence.

La preuve ? On mélange toujours bandes et pistes cyclables. Les premières étant de simples marques jaunes sur la chaussée et la seconde un lieu de roulage en site propre.

La différence est capitale, en particulier au niveau de la sécurité et à celui de la motivation que l'on veut engendrer.

Les cyclistes de ville - les gobe-bitume du deux roues dont je suis - qui parcourent nos rues à journées faites de séances en repas et d'assemblées en vernissages,

savent bien que la différence est le prix de la sécurité. Ils savent bien, eux qui les utilisent tous les jours, les tromperies que recèlent ces bandes jaunes bêtement peintes sur la chaussée comme un alibi.

Deux exemples: descendez de Saint Jean, emprunter le pont Sous-Terre (sans piste, ni bande), et prenez la rue des Deux-Ponts à la Jonction. Si vous réussissez, à 12h15, à emprunter ainsi les diverses bandes cyclables pour tourner à gauche vers le quai des Vernets sans vous faire klaxonner, injurier, voire heurter, chapeau ! ou plutôt casque ! Ce carrefour est un véritable piège à c..., ou plutôt un futur tableau de chasse...!

Quai des Vernets ensuite. Vous prenez la bande cyclable et longez Sciences II et la tour de la TV. Sécurité ? Que nenni, vous roulez à bonne allure derrière des voitures parkées en épi le long de l'Arve, dont les conducteurs qui reculent ne pourront en aucun cas - malgré leur bonne volonté ou faute de se faire aider par un éventuel passager - vous voir à temps... !

Alors que manifestement sur ce quai, on aurait pu, comme sur le quai Charles-Page, placer des pistes du côté de la rivière, à l'abri devant les voitures parkées.

Que dire encore des bandes cyclables à contre-sens ? Premier exemple: la rue Pictet-de-Bock, que j'emprunte chaque matin, dans laquelle s'engouffrent en virant «large» depuis la rue de Carouge des automobilistes à qui rien n'indique qu'un cycliste va surgir sur leur capot dans cette rue à sens unique...!

Les Pâquis sont un modèle du genre à cet égard. De nombreuses rues à sens unique ont leur piste cyclable à contre-sens. Vous avez essayé de jour - où elles sont encombrées des voitures de la Poste et des véhicules de livraison - essayez de nuit, vous serez ravis ! Dans la lumière des phares de l'automobiliste qui vient en face, la faible peinture jaune du sol n'existe plus.

Allons, pas de défaitisme. J'aime le vélo en ville, le «city byke» pour faire branché. Mais que l'on cesse de nous mentir. La circulation à deux roues est un danger constant, sauf en site privilégié.

Alors, avant de dire que l'on va encore peindre 20 ou 30 km de bandes jaunes sur le bord d'une rue, faisons le point ! Regardons ce qui existe, améliorons la sécurité et mettons les cycles en site propre. C'est là, hors du flux normal de circulation et avec nos propres feux, que nous nous sentons le mieux.

Vous vous plaignez de ce que les cyclistes empruntent les trottoirs et les passages pour piétons ? Normal, rien n'est fait pour la sécurité ailleurs et aucune onde verte ne leur est destinée.

Plutôt sécuriser notre réseau actuel que de juger de l'efficacité de la complémentarité des transports à l'aune du km de peinture jaune sur la chaussée.

Nous sommes en année électorale, non...?

On peut donc rêver ! ?

J.-M.G.

SITE INTERNET DE L'AMG:

www.amge.ch

www.amge.ch/med/forum/index.cfm

Ecole Suisse Romande d'Homéopathie Uniciste

Cours d'homéopathie du Centre Romand d'Homéopathie

Destiné aux médecins, médecins-dentistes, vétérinaires, sages-femmes, pharmacien(ne)s, et étudiant(s) dans ces disciplines (ouvert aux infirmier(e)s) dispensé par l'

Ecole Suisse Romande d'Homéopathie Uniciste

Cours d'introduction les samedis 22, 29 septembre et 13 octobre de 8h30 à 17h00

En parallèle à Genève, Uni II (Dr R. Casez) et au
Centre de santé de la Corbière, Estavayer-le-Lac (Dr F. Choffat).

Prix 400.- (étudiants (300)).

Seul en cours en Suisse Romande accrédité par la Société Suisse des Médecins Homéopathes (S.S.M.H.) pour l'A.F.C. en homéopathie décernée par la FMH.

Renseignements: E.S.R.H.U. Dr Ferroni Bruno, 48 av. Général Guisan, 1009 Pully
Tél. 021/729 44 48 Fax: 021/729 44 49 E-mail: esrhu@worldcom.ch

Selon le nombre d'inscriptions, les deux cours pourraient être regroupés en un seul lieu.



Hippocrate souffrait-il du burnout ?

Deux journées pour appréhender le burnout et ses solutions, et les étapes de transition sous forme de séminaire interactif et pratique.

Dates: 6 et 7 septembre 2001

Lieu: Genève

Infos: Dr J.-P. Brieger, 29 avenue E.-Lancy, 1212 Grand-Lancy

Tél. 022/ 7094 82 86 - Fax: 022/794 22 30

E-mail: jpbrieger@iprolink.ch



17ème rencontre cardiologique franco-suisse de la Tour

Jeudi 13 septembre 2001 de 9h00 à 18h00

Lieu: Forum Park Hotel

Renseignements: Dr Bloch, Hôpital de la Tour

Avenue J.-D. Maillard 1 - 1217 Meyrin

Tél. 719 62 20 - Fax: 719 63 35

E-mail: antoine.bloch@latour.ch

Journée créditée de 7 unités de FC

