

EDITORIAL

Honneur et déception: Ruth Dreifuss à Genève

Dr Bl. Bourrit

Ce n'est pas tous les jours qu'on a la chance, à Genève, de converser avec un Conseiller Fédéral.

Lorsque l'AMG a eu le courage (le culot?) d'inviter la Présidente du Département de l'Intérieur pour la présentation de Tarmed aux partenaires de notre association, nous n'osions espérer que Madame Dreifuss trouverait le temps et l'intérêt d'y participer.

Avec une grande franchise, elle a commencé par nous avouer qu'elle voyait pour la première fois les mécanismes de contrôle et les garde-fous mis en place pour assurer la neutralité de la transition entre les anciens tarifs (26) et le Tarmed. Cette déclaration a surpris tous les participants, qui s'attendaient à ce que la ministre de tutelle soit la première informée sur les méandres d'un tarif qu'elle réclame à cors et à cris depuis des années. Bien sûr, le DFI est grand, les dossiers complexes, et la Conseillère Fédérale ne peut pas tout savoir. Mais certains médecins avaient la naïveté de croire que ce dossier lui tenait particulièrement à cœur.

La surprise s'est muée en déception quand Madame Dreifuss a avoué qu'elle ne se sentait pas vraiment concernée par le Tarmed, car il ne lui appartenait pas de le négocier. Son rôle consisterait seulement, en bout de chaîne, à lever ou à abaisser le pouce, comme Jules César devant les gladiateurs. Même si elle a raison, et même si Tarmed résulte d'une négociation entre d'autres partenaires que l'Etat, c'est sans doute un des instruments les plus performants pour prévoir et influencer les coûts directs ou indirects de la médecine. Et dans la tempête, on attend du capitaine qu'il prévienne et qu'il tienne le gouvernail.

Enfin, à propos d'une question portant sur la validité de l'exercice de simulation genevois (dite « étude d'impact »), elle a encore une fois démontré par une réponse erronée qu'elle ne connaissait pas ce sujet en profondeur. Elle craignait - disait-elle - que cette étude n'amène une valeur de point faussement élevée en raison d'erreurs dans les calculs de pondération du poids respectif des différentes spécialités. Si une chose est bien incontestable, car traitée avec un soin tout particulier par les experts externes mandatés, c'est bien celle des calculs de pondération.

SOMMAIRE

Editorial	1/2
A mon avis	2/3/4
Informations du Conseil	
- Echos du Bureau et du Conseil	5
- La clause du besoin	5
- Titre de spécialiste FMH ou de spécialiste reconnu équivalent	6
- Assemblée générale de printemps: audace et ouverture	6
- Scalpel ou pommade	7
- Cavete Collegae	7
- Petites annonces	7
- Tarmed: information à nos partenaires	8
- Groupe des radiologues	9
- Certificats d'arrêts de travail	10
- Mutations	11
- Ouvertures de cabinets	11
- Médecins-conseils	11
- Médecin du travail	11
- Rappel: initiative RAS	11
- Correction liste AMG	11
- Candidatures	12/13
- Horaire d'été - secrétariat AMG	13
Informations diverses	
- Médecine interne générale: quel avenir	14
- Un coup de Jarnac	14
Courrier du lecteur	
- Formation en médecine de famille à Ilidza/Sarajevo	
Projet HOPE-HUG	15



Au bilan de cet après-midi passé avec notre Ministre, disons que Madame Dreifuss s'est montrée une élève attentive et que le discours dont elle nous a honoré reflétait tout à la fois son admiration pour le travail des Genevois et une sincérité à laquelle il faut rendre hommage. C'est donc avec reconnaissance que l'AMG salue le fait qu'elle ait pris le temps de s'intéresser pendant plus de deux heures aux explications techniques fournies par nos experts. Nous souhaitons seulement que ses Conseillers lui préparent des notes de synthèse plus approfondies. A défaut, nous sommes modestement prêts à le faire pour eux. ■

Dr Bl. B.



A MON AVIS

Les directives anticipées, un outil d'humanisation des soins.

Dr Maya Olmari-Ebbing
Responsable du programme "Vieillir en liberté"
Policlinique de Gériatrie Dpt de Gériatrie - HUG

Les directives anticipées DA, permettent au patient de prendre part aux décisions médicales le concernant au-delà de sa capacité d'expression, et ainsi de prolonger dans le temps, la possibilité d'exercer valablement son droit à l'autodétermination concernant sa santé jusqu'à la mort et de son corps après la mort.

Les DA ne s'inscrivent pas seulement dans les situations de fin de vie, mais également dans des situations thérapeutiques ne se terminant pas inéluctablement par la mort à court terme.

Les directives anticipées sont une requête qui entend aussi s'opposer aux excès de la médecine -appelés acharnement thérapeutique- et qui veut favoriser une mort plus digne, voire douce et naturelle -à ne pas confondre avec un droit à la mort-. Cette requête comprend le refus de certains traitements comme les mesures de réanimation ou la contention et l'exigence d'autres traitements comme le soulagement de la douleur et l'accès au soins palliatifs.

A l'origine appelées "testament biologique", les directives anticipées, sont un outil dans la relation médecin-malade discuté depuis plus d'une vingtaine d'années en Suisse sur l'initiative originale des associations Exit (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité ADMD Suisse romande et Deutsche Schweiz Vereinigung für humanes Sterben) qui promeuvent principalement le droit à l'autodétermination de chaque être humain à la fin de sa vie.



Au niveau fédéral suisse, aucune loi ne régit l'établissement et le respect de directives anticipées. Un tiers des cantons se sont dotés d'une législation spécifique, dont Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel et Valais pour ne citer que les cantons romands. Le canton de Vaud discute une telle législation.

D'autre part, il y a les recommandations déontologiques professionnelles : le code suisse de déontologie établi par la Fédération des médecins suisses FMH, les recommandations d'autres professions de la santé comme l'Association suisse des Infirmières ASI et les directives médico-éthiques établies par l'Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM.

Au niveau du Conseil de l'Europe, la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine met l'accent sur le consentement libre et éclairé avant toute intervention dans le domaine de la santé et donne de la valeur aux volontés précédemment exprimées par un malade.

Les directives anticipées peuvent revêtir plusieurs formes :

1. Les DA peuvent être basées sur des valeurs : les “ **value-based directives** ”. Elles comportent des indications sur des questions subjectives qui ne peuvent être évaluées que par le rédacteur personnellement. Le rédacteur évoquera sa façon de concevoir la mobilité, l'indépendance physique ou psychique, la communication et les interactions sociales ou tout autre élément relevant de sa notion de la qualité de vie ou de fin de vie. Que veut dire la dignité, le confort pour le rédacteur? Quelles sont ses convictions spirituelles ? Ces DA basées sur des valeurs sont assez faciles à établir pour un rédacteur car elles relèvent de sa propre connaissance et expérience de vie et ne nécessitent pas de savoir médical. Elles font plus appel à une solide expérience professionnelle et humaine de la part des soignants peuvent être perçue comme plus difficiles à intégrer dans les décisions médicales. Elles requièrent certainement des notions de base en éthique clinique et probablement aussi beaucoup d'altruisme de la part des soignants pour respecter une

valeur qui parfois peut fortement heurter une des leurs.

2. Les DA peuvent exprimer précisément la volonté du malade à propos d'actes médicaux choisis ou simplement être un indicateur des préférences médico-techniques du rédacteur : ce sont les “ **directives médicales** ”.

Ce sont les directives sur papier libre les plus fréquemment rencontrées. Elles sont sans doute plus faciles à appliquer par des professionnels de la santé pour autant que les situations prévues soit le plus proche possible de la réalité du moment ; mais elles peuvent être très restrictives au regard de la richesse d'une personnalité, d'une vie entière et des innombrables situations auxquelles un rédacteur pourrait être confronté. Elles peuvent par ailleurs être source de frustration chez les professionnels de la santé et ressenties comme une ingérence intolérable dans la pratique d'un soignant ayant derrière lui une longue et coûteuse formation.

3. Les **DA basées sur les valeurs peuvent compléter des DA plus médico-techniques** en exposant les fondements personnels du rédacteur de telle ou telle décision permettant ainsi aux professionnels de la santé de mieux comprendre un choix, de mieux l'accepter et de l'appliquer au mieux de leurs possibilités. Le respect de ces valeurs pourrait rendre plus aisé le respect d'un choix médico-technique émis par le rédacteur d'une DA. Les valeurs sont moins discutables qu'un choix de type médico-technique car elles heurtent moins le savoir professionnel des soignants. Le doute souvent émis par les soignants quant à la capacité de discernement du rédacteur au moment de l'établissement de DA ou quant à la compréhension d'une situation médicale donnée et des conséquences d'un choix thérapeutique peut ainsi être réduit.
4. **Les formulaires pré-imprimés** : Pour l'établissement de directives anticipées, des formulaires pré-imprimés sont mis à disposition par la Fédération des médecins suisses (FMH), par des associations cantonales de médecins, par

l'organisation “Caritas Suisse”, par la “Schweizerisches Weisse Kreuz” et par les “Associations pour le Droit de Mourir dans la Dignité EXIT / ADM D Suisse Romande”.

Dans la situation actuelle en Suisse, où seulement quelques cantons disposent d'une loi spécifique à propos des directives anticipées et où la population en général n'est pas informée sur l'existence de ces lois, leur droit à l'information et à l'autodétermination et donc leur droit d'établir leurs DA, ces formulaires sont des aides au futurs rédacteurs et des perches tendues aux professionnels de la santé aussi mal informés que le grand public. Il faut néanmoins être bien conscient qu'utilisés tels quels sans autre ajout ou commentaire personnalisé, ils peuvent être terriblement réducteurs et de ce fait ne pas refléter la réelle volonté du signataire.

Par ailleurs, comment s'opère le choix de tel ou tel formulaire et comment le rédacteur potentiel accède-t-il à ces formulaires ? L'association la plus performante dans la publicité pourrait manipuler les foules pour opter pour tel ou tel prise de décision anticipée (n'est-ce pas ce que fait EXIT ?). Un formulaire pré-imprimé fourni par l'Etat, comme on peut le voir dans certains Etats aux USA ne pourrait qu'en partie écarter les effets néfastes éventuels, surtout s'ils sont trop directifs et ne laissent toujours que peu de place aux valeurs individuelles.

Le représentant thérapeutique.

Mentionné dans les recommandations déontologiques et dans certaines lois cantonales (pas à Genève), le représentant thérapeutique est librement mandaté par le rédacteur d'une DA comme étant son porte-parole en cas d'incapacité. Il ne remplace pas une DA et épargne encore moins la réflexion inhérente. Il est simplement chargé de faire savoir l'existence de DA, puis d'en expliquer leur teneur et leurs fondements aux soignants. Nous conseillons au rédacteur de directives anticipées de songer à deux représentants thérapeutiques dont l'un pourrait être le médecin traitant.



Un représentant légal, curateur de soins ou tuteur pourrait aussi assurer cette mission en ayant, sur mandat du Tribunal tutélaire, un pouvoir reconnu de partenariat avec les soignants dans les prises de décisions.

Arguments en faveur ou en défaveur des directives anticipées:

Arguments en faveur:

1. Les DA permettent à des gens compétents d'exprimer leurs préférences à propos d'actes médicaux (par exemple les traitements préservant la vie); elles permettent une extension dans le temps de l'autonomie et de l'autodétermination du rédacteur.
2. Les DA permettent la prise en soin loyale d'un patient devenu incompetent en respectant ses souhaits et volontés exprimés préalablement. Le document écrit et le dialogue engendré lors de l'établissement sont des guides dans la prise de décision médicale; elles améliorent la qualité des soins dans toutes les dimensions requises aujourd'hui; elles peuvent soutenir des soins palliatifs de qualité. Une étude récente montre que l'implantation d'un programme de promotion de l'utilisation de directives anticipées dans des établissements médico-sociaux diminue les hospitalisations sans affecter ni la satisfaction des résidents et de leurs proches, ni la mortalité. [20]
3. Les DA réduisent les inquiétudes des membres de la famille, notamment dans des situations décisionnelles de fin de vie.
4. Les DA réduisent le stress psychologique des soignants, notamment dans des situations décisionnelles de fin de vie.

5. Les DA intensifient, améliorent la communication soignant-soigné. Leur établissement engendre un dialogue du rédacteur avec ses proches qu'ils soient soignants ou non.

Arguments en défaveur :

1. Les DA sont l'expression de la volonté d'un individu compétent dans une situation et un état de santé donné et qui est susceptible de changer d'avis; les DA figent une volonté dans le temps et ne permettent pas d'y revenir (changer d'avis) une fois notre capacité d'expression perdue.
2. Le rédacteur d'une DA peut changer d'avis et oublier de la modifier par écrit.
3. Le rédacteur ne peut jamais tout prévoir; seule une petite partie de son autodétermination peut être ainsi exprimée;
4. Elles n'offrent pas une liberté décisionnelle absolue (droit à la mort); l'on reste dans les limites qu'imposent les interdits absolus, la société environnante et les considérations d'ordre public;
5. Les DA peuvent devenir un objet de discrimination si au moment de leur établissement, le consentement -soit le refus d'un traitement ou son acquiescement- n'a pas été libre et éclairé. L'éclairage et la liberté décisionnelle dépendent malgré tout des valeurs et de l'expérience professionnelle de l'interlocuteur du rédacteur au moment de l'établissement d'une DA.
6. Une DA peut ne pas être comprise par les soignants surtout en absence d'un représentant thérapeutique.
7. Les DA peuvent conduire à un choix thérapeutique inapproprié, notamment lorsque le rédacteur réclame certains traitements et qui, lorsque la situation prévue se présente, ne sont médicalement pas appropriés.

8. Des DA établies peuvent couper court à toute tentative de dialogue entre un soignant et un patient en situation de compétence amoindrie ou fluctuante.

L'enjeu des directives anticipées se situe dans les arguments en faveur de la qualité de l'activité médicale moderne avec les requis humanistes pour y parvenir.

Les directives anticipées sont l'expression de l'autonomie de son rédacteur. Leur établissement puis leur respect obligent les soignants à se conformer aux recommandations déontologiques d'une bonne relation soignant-soigné.

Le dialogue engendré contribue à rassurer les soignés, leurs proches, mais aussi les soignants quant à l'issue d'une vie et éviter par là tout risque de dérapage – abandon, acharnement, homicide- ?

Pour répondre aux arguments en défaveur, un bon nombre d'entre eux (points 2, 3, 5, 7 et 8) relèvent d'une bonne information-formation du public comme des professionnels de la santé et peuvent ainsi être écartés. Par ailleurs, l'aide du représentant thérapeutique que le rédacteur peut librement désigner et surtout s'il est bien informé des souhaits (leurs tenants et aboutissants) du rédacteur, écarte les risques soulevés sous le point 6. A noter que dans notre expérience, l'aspect irrévocable d'une décision au moment où l'expression n'est plus possible (point 1) est plutôt évoqué par les professionnels de la santé (...).

L'utilisation de DA est absolument souhaitable sur le principe, mais qu'elle peut avoir des effets pervers dans la pratique si certaines règles pratiques et éthiques ne sont pas respectées.

Dr M. O.-E.

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 août 2002

9 août 2002

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.

Echos du Bureau et du Conseil

Le Conseil a accepté le principe de la constitution d'un groupe de travail «qualité». Ce dernier sera chargé de collecter un certain nombre de critères de qualité seraient ajoutés aux exigences posées à l'heure actuelle pour les candidats à l'AMG. Sans faire de cette nouvelle norme une exclusion vis-à-vis des futurs membres, il s'agit toutefois de pouvoir vérifier la qualité de la formation des futurs confrères.

Le Conseil a également accepté le principe de changer l'hébergement du site de l'AMG et ce dès le 1er juin. Nous disposerons alors, en plus de cet hébergement, de deux outils nous permettant, d'une part, d'intervenir directement afin de modifier certaines pages ou images de sites et d'autre part, d'avoir à disposition un logiciel nous permettant de rester constamment à jour.

La clause du besoin

La planification du besoin conformément à l'article 55 A LAMal - disposition qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2001 - est en passe d'être introduite par voie d'ordonnance et ce avec l'accord unanime du Département Fédéral de l'Intérieur et des directeurs cantonaux des affaires sanitaires.

Cette ordonnance causera à ne pas douter un préjudice important aux jeunes médecins, en particulier à ceux susceptibles de s'installer dans les 6 à 12 mois à venir.

L'AMG a accepté d'entrer en matière sur des discussions concernant la clause du besoin pour les cabinets privés. Elle a toutefois assorti sa position aux conditions suivantes:

- La clause du besoin a une portée moins grave que la fin de l'obligation de contracter qui toucherait le pilier essentiel du libre choix du médecin. La clause du besoin introduite, l'obligation de contracter pour tous les assureurs doit être maintenue.
- La situation des médecins qui ont déjà donné leur congé au sein des HUG et qui prévoient de s'installer durant cet automne doit être préservée et faire l'objet de soins attentifs de la part de l'ensemble des partenaires. Ainsi, un droit de pratique qui a été concédé par l'autorité avant l'entrée en vigueur de la clause du besoin doit demeurer valide. Il est exclu qu'une disposition légale s'applique avec effet rétroactif.
- Il est impératif que les HUG procèdent à des modifications de structures permettant de rendre plus attractif le travail et les activités réalisées par les médecins assistants ainsi que les médecins adjoints.

A l'heure où nous mettons sous presse, nous ne connaissons pas encore avec exactitude la date d'entrée en vigueur de cette clause du besoin.

En ce qui concerne l'application des bilatérales, une des premières conséquences a été la modification de la loi sur les professions médicales qui impose maintenant à tout médecin, s'il veut obtenir le droit de pratique, de disposer soit d'un titre FMH, soit d'un titre de spécialiste reconnu par le bureau fédéral ad hoc.

Nous tenons à disposition des médecins qui le désirent les formules de demande concernant cette équivalence de diplôme qui sont à adresser aux coordonnées suivantes: Mme Fabienne Grossenbacher, Office Fédéral de la Santé Publique, Section Examens des professions médicales, 3003 Berne, tél. 031 325 43 54 - fax: 031 323 00 09.

En cas de remise de cabinet, il est certain que l'instauration d'une clause du besoin peut avoir des conséquences sur les négociations relatives à son prix.

Nous rappellerons à cet égard que FMH Service propose de procéder aux évaluations de cabinet portant tant sur la valeur matérielle que sur la valeur immatérielle (patientèle).

Des règles existent qui ont été rappelées par le Conseil et qui prévoient qu'une valeur de rachat doit se calculer sur le chiffre d'affaires (montant total des honoraires encaissés) réalisé sur la dernière période de 5 ans et dont on retient la moyenne annuelle.

On partira du principe que selon la spécialité exercée le montant de la patientèle peut se négocier entre 40 et 60% du chiffre ainsi obtenu.

L'AMG et son Conseil suivront l'état de la situation de près et ne pourront tolérer en aucun cas que des abus soient commis dans le cadre de la reprise de cabinet en profitant des opportunités offertes par l'institution d'une clause du besoin. Ils n'admettront pas que la situation financière d'un jeune médecin souhaitant s'installer soit obérée et péjorée dès le départ et ce, par un confrère plus âgé.

Dans le but d'anticiper par rapport à des renseignements qui pourraient nous être demandés, nous remercions les confrères de bien vouloir s'annoncer auprès du secrétariat soit par mail: amg@hin.ch, soit par fax 022 781 35 71, soit par courrier en remplissant le bulletin ci-après.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez aux informations figurant ci-dessus et nous ne manquerons pas de vous tenir au courant du développement de cette affaire.

Sondage

Nom:

Prénom:

Cocher ce qui convient

- envisage de prendre sa retraite et de céder son cabinet
- dans le courant de l'année 2002
- dans le courant de l'année 2003

- prêt à partager la surface de son cabinet et à accueillir un confrère
- prêt à partager la gestion de son cabinet (temps partiel pour le pourcentage suivant:%)



Titre de spécialiste FMH ou de spécialiste reconnu équivalent

En vertu des accords bilatéraux entrés en vigueur le 1er juin 2002, seuls les médecins titulaires d'un titre de spécialiste FMH ou d'un titre de spécialiste européen reconnu équivalent par l'Office Fédéral de la Santé Publique pourront exercer à titre d'indépendant. Sans titre de spécialiste, un médecin ne peut exercer à titre d'indépendant. Sans titre de spécialiste, un médecin ne peut exercer qu'en tant que dépendant et sous la seule responsabilité d'un médecin porteur d'un titre de spécialiste.

Cette mesure n'a pas d'effet rétroactif et les médecins exerçant à l'heure actuelle en tant qu'indépendant dans un cabinet, même s'ils ne sont pas porteurs d'un titre FMH peuvent continuer à exercer comme jusqu'à présent.

Assemblée générale de printemps: audace et ouverture

L'ordre du jour de notre Assemblée Générale de printemps qui s'est tenue le 27 mai 2002 à l'auditoire Jenny des HUG n'a pas attiré la foule des grands jours. Il est vrai que les gens se déplacent plus facilement lorsque l'on parle de tarif plutôt que de droit européen ou de constitution de centre fiduciaire. Pourtant, était aussi à l'ordre du jour une augmentation importante de la cotisation à l'AMG, ce qui nous aurait laissé supposer une affluence massive.

A peine 200 médecins présents ce lundi soir dernier. Ordre du jour chargé et considéré comme sensible puisqu'il abordait tout à la fois la reconnaissance des médecins européens et leur adhésion éventuelle à l'AMG, la constitution d'un centre de collecte des données de facturation des médecins et l'acceptation du budget y afférant sous la forme d'une augmentation de cotisation.

En ce qui concerne les médecins ressortissants de l'Union Européenne, rappelons qu'on peut se trouver dans deux cas de figure. Le premier concerne les médecins titulaires d'un diplôme européen et travaillant dans les institutions publiques, donc séjournant déjà à Genève. Ces médecins ont la possibilité de s'installer et de pratiquer leur art de façon indépendante à la condition, dans un premier temps, de faire reconnaître leur diplôme - voire leur formation post-graduée - auprès des instances fédérales compétentes puis d'obtenir le droit de pratique. Ces deux conditions étant remplies rien ne s'oppose à leur installation dans le domaine privé.

Pour les médecins qui séjournent actuellement dans un pays de l'Union Européenne et qui ne sont pas encore titulaires d'un titre de séjour en Suisse, la démarche de la reconnaissance de l'équiva-

lence des diplômes est la même. Ils doivent ensuite s'assurer qu'ils correspondent aux critères posés par une commission de surveillance du marché de l'emploi et, enfin, demander leur droit de pratique.

Connaissant la situation plus que pléthorique de Genève, nous avons demandé au Conseil d'Etat d'invoquer la clause dite «de préférence territoriale» afin d'éviter que ces médecins ne puissent s'installer sur le territoire de la République et Canton durant les deux prochaines années. Une démarche similaire a été faite par la FMH auprès de toutes les directions sanitaires cantonales. Lors de notre Assemblée, la question posée aux participants était de savoir si, en adoptant la modification des statuts qui leur était proposée, ils acceptaient que des médecins européens, pratiquant de façon dépendante ou indépendante mais dont l'équivalence de diplôme avait été reconnue, pouvaient devenir membres de l'AMG. La quasi-unanimité des participants - puisque seules sept voix se sont élevées contre cette modification - a accepté cette proposition. C'est un gage d'ouverture et il a été apprécié à sa juste valeur.

Autre sujet sans connexion aucune avec le précédent :

La création d'un Centre Fiduciaire Romand. Sous cette appellation se définit en fait - et plus simplement - un centre de collecte, de gestion et de stockage des données de facturation Tarmed fournies par les médecins et permettant l'établissement de statistiques. Ces chiffres, indispensables dans le cadre de nos futures négociations avec les assureurs, doivent nous permettre de fixer encore mieux la valeur de départ du point TarMed, ensuite de consolider cette valeur durant la

période de neutralité des coûts et enfin de disposer de chiffres nous permettant d'intervenir à bon escient dans le cadre de nos relations publiques.

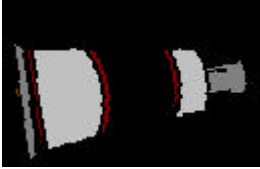
Longtemps on a pu déplorer - il s'agissait notamment de l'enquête Roko - de ne pas disposer des chiffres nécessaires à la mise en œuvre d'une politique professionnelle cohérente. En acceptant la création d'un tel Centre Fiduciaire et en y consacrant une augmentation de cotisation de Frs 250.-- ce qui n'est pas rien en ces périodes difficiles - les membres de l'AMG ont clairement démontré qu'ils souhaitent tourner la page d'un système révolu qui pouvait se permettre d'envoyer des négociateurs au charbon sans leur donner les moyens de défendre et de promouvoir leur politique.

L'autre avantage de la création de ce centre fiduciaire est la solidarité entre les médecins qui assument une part importante de hausse de cotisation et ceux qui participent au sens strict du terme à ces Centres Fiduciaires en acceptant de mettre leurs données à disposition. Cette première manifestation de solidarité est d'excellent augure pour la suite de la politique professionnelle que nous entendons mener. Notre reconnaissance va donc à l'ensemble des membres qui nous ont accordé leur confiance.

Merci!

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

Scalpel ou pommade



■ ...A la Banque Migros dont les activités auprès d'un nombre de nos confrères sont bien connues et qui a accepté très spontanément d'offrir le buffet-apéritif à l'ensemble de nos partenaires et des partenaires des médecins qui étaient présents à la séance d'information sur le Tarmed l'après-midi du 31 mai 2002.

■ Selon le «Matin» du dimanche 26 mai 2002, les assureurs-maladie ont recouru à la fin de 2001 au Conseil Fédéral contre la nouvelle convention valaisanne d'hospitalisation qui prévoyait 7% d'augmentation tarifaire.

On précisera qu'ils avaient pourtant signé cette convention avec leurs partenaires, le Groupement des Etablissements Hospitaliers Valaisans.

Bien entendu et compte tenu des délais toujours observés en la matière, le recours est toujours pendant et rend impossible le financement correct de l'activité des hôpitaux.

Les mêmes assureurs ont pourtant signé, au même moment, avec la Clinique médico-chirurgicale de Valère SA à Sion une augmentation du forfait journalier 2002 pour la division commune à la charge de la LAMal. Le tarif est désormais de Frs. 580.- par jour alors que le précédent forfait journalier était de Frs. 414.-. C'est donc une augmentation de près de 40%.

Mentionnons à tout hasard que le Groupe Mutuel, assureur largement majoritaire en Valais, est un actionnaire important de la clinique, et que son sous-directeur est l'un des administrateurs...!



Cavete Collagae

■ Nous rappelons à l'ensemble des confrères que lors de l'établissement de factures à l'intention de patients ou plus particulièrement d'une assurance dans le domaine de l'accident, il est impératif de faire figurer le nom de l'employeur.

En effet, dans ces cas, l'assureur ne dispose pas de la liste nominative des personnes qu'il assure puisque son contrat s'étant à une entreprise. Il est donc indispensable que le nom de l'employeur figure afin d'éviter des surcharges administratives et des correspondances inutiles.

A louer dès septembre 2002 dans Clinique au centre ville *deux salles d'opération* au sein d'un groupe médical, deux locaux entièrement refaits à neuf:

1x 23 m² et 1x 12 m² destinés à un chirurgien avec sous spécialité (orthopédie-maxillo-faciale), ORL, ophtalmologue, gastro-entérologue, et

1 cabinet médical indépendant - surface totale 90m² conviendrait à un gynécologue, chirurgien plasticien ou d'autres sous-spécialités chirurgicales.

Tél. 022 809 01 01 - Mme D. Sallaberry.

Médecin généraliste (Pâquis), cherche Confrère/Consoeur pour partage des lieux à mi-temps.

Tél. 022 731 60 62 ou 022 731 96 25.

Cherche collègue psychiatre pour partager des locaux aux Eaux-Vives.

Tél. 022 731 70 70 - Dr Renate Hauser

Cabinet de médecine générale à remettre, Petit-Lancy.

Tél. 022 793 10 17 de 8h00 à 10h00.

Petites annonces

Personalarbeit
der Ärzte und Tierärzte
Fondation de prévoyance pour le
personnel des médecins et vétérinaires

PAT BVG

**Vous attendez sécurité et rendement
Nous le faisons pour vous**

Siège:

PAT-BVG - Muristrasse 38 - 3006 Berne

Téléphone: 031 352 52 25 - Fax: 031 352 52 26

E-mail: info@pat-bvg.ch

Tarmed: information à nos partenaires

Vendredi 31 mai dernier, l'AMG réunissait sur invitation l'ensemble de ses partenaires à l'auditoire Marcel Jenny des HUG. Cette réunion, programmée de longue date, nous a permis de recevoir plus de 100 personnes, représentant des collaborateurs de l'OFAS, du Département de l'Action Sociale et de la Santé, ainsi que des représentants des maisons informatiques, des banques, des fiduciaires et des assureurs privés et sociaux.

De 14h00 à 16h30, après un accueil et des explications de la part du Président Bourrit, les Drs Rheiner, Beck et Monsieur Guinchard ont présenté l'historique du Tarmed ainsi que sa structure et son organisation. Durant la séance, le Conseiller d'Etat Pierre-François Unger est également intervenu en précisant le rôle de son département dans le cadre des futures négociations Tarmed.

A l'issue de la manifestation, c'est Madame la Conseillère Fédérale Ruth Dreifuss qui a déterminé sa position et s'est ensuite mise à disposition pour répondre aux questions de l'assemblée.

Les Présidents de groupe ainsi que les membres du Conseil étaient invités à cette assemblée.

Ce type de manifestation a constitué une première à deux titres: c'est la première fois depuis l'adoption de Tarmed par la majorité du corps médical de Suisse qu'une association cantonale invitait des représentants de la société civile, des délégués d'associations patronales et syndicales ainsi que ceux issus des milieux sociaux et de la santé à une présentation publique de Tarmed. C'était une première étape aussi

photo 1

Le Président après l'assemblée: fourbu mais content

photo 2

à un autre titre: en prévision de la votation sur Tarmed, l'AMG a organisé le 19 février 2002 une assemblée d'information à l'intention de ses propres membres et à cette occasion, avait passé en revue les deux conventions, cadre et tarifaire, concernant la LAMal respectivement l'assurance accident, invalidité et militaire ainsi que la structure tarifaire elle-même. A cette occasion, il avait été annoncé que l'AMG organiserait une première réunion d'information destinée à ses partenaires qui serait suivie, un mois avant l'entrée en vigueur de Tarmed, d'une information et d'une sensibilisation des patients et des assurés.



Même s'il demeure des incertitudes quant à l'entrée en vigueur réelle de Tarmed, cette demi-journée d'information du 31 mai constituait de l'avis du Bureau et du Conseil une étape indispensable avant de passer ensuite à une information plus large du public et des patients, information qui sera travaillée et réalisée par des spécialistes en relations publiques.

Tous ces aspects sont la concrétisation d'un souhait répété à réitérées fois par les dirigeants de l'AMG: assurer la transparence, l'information et la redondance de celle-ci afin que l'introduction du Tarmed - tarif résolument nouveau à bien des points de vue - ne provoque pas inutilement des litiges entre patients et médecins.

A l'issue de la réunion du 31 mai, les échos ont été particulièrement positifs et l'ensemble de nos partenaires ont apprécié cette politique d'ouverture. A juste titre, ils ont relevé que pour la première fois l'introduction d'un changement aussi important dans notre façon de travailler avait fait l'objet d'une communication transparente et ouverte.

Le Conseil de l'AMG ainsi que son Bureau s'engageront résolument par la suite dans ce même type d'actions afin de se rapprocher de la société civile, du grand public et en n'oubliant pas qu'au bout de cette chaîne d'information, ce sont toujours les intérêts du patient qui sont en jeu.

photo 3



Après l'assemblée, MM Bolla et Assimacopoulos parviendront-ils à convaincre notre ministre genevoise de l'Intérieur ?

Groupe des radiologues

L'assemblée générale du Groupe des radiologues genevois a élu le 4 juin 2002 un nouveau président en la personne du Dr Alain Naimi.

Nous lui souhaitons plein succès dans ses nouvelles fonctions et espérons qu'il puisse en retirer toutes les satisfactions qu'il est en droit d'en attendre.

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

**MEDECINS URGENCES
à DOMICILE
tél. 322 20 20**

**Forum AMG:
www.amge.ch/med/forum/index.php**

Certificats d'arrêts de travail: quelques rappels essentiels

L'AMG a publié à plusieurs reprises des mises au point qui figurent notamment sur la liste officielle des membres de l'AMG et qui sera réimprimée ou rééditée au mois de juin de cette année.

Nous nous référons particulièrement au texte intitulé «Du bon usage du certificat d'arrêt de travail» ainsi qu'au texte publié par le juriste spécialiste de droit du travail de la Fédération Patronale Vaudoise, Monsieur Vuilleumier.

Les confrères qui seraient saisis d'un doute au sujet d'un certificat d'arrêt de travail tireraient profit de la lecture de l'un ou l'autre de ces articles avant d'en délivrer un.

L'activité de juge Prud'homme du sous-signé le met parfois en contact avec des certificats d'arrêt de travail signés par certains de ses membres. Quelques perles:

1. Un confrère a délivré un certificat d'arrêt de travail en l'absence du médecin traitant d'une patiente, et sans avoir procédé à un examen clinique de cette dernière. Cette démarche a certainement été faite pour rendre service à la patiente en question. Mais le fait d'éditer un certificat - sans préciser qu'il s'agit d'une copie conforme de celui délivré par la consoeur absente ou sans examen clinique pour une patiente que l'on ne connaît pas - n'est pas tolérable.
2. Il n'est pas non plus concevable de préciser dans un rapport ou un certificat que «... Mme X est manifestement en proie à un harcèlement inadmissible de la part de son employeur. De plus, elle est manifestement battue par son mari».

Précisons que dans ces cas, le médecin doit utiliser une terminologie beaucoup plus objective en introduisant dans son constat des termes comme «à ma connaissance» ou «selon les déclarations de la patiente». Des affirmations aussi tranchées n'ont pas en effet à figurer dans un certificat puisque le médecin ne les a pas constatées de lui-même. On constate les conséquences - et à cet égard il ne peut que rapporter en style indirect les déclarations de la patiente - mais ne peut pas les faire siennes.

3. Certains confrères sont parfois mis sous pression soit par un avocat, soit un secrétaire syndical afin de rédiger un certificat d'arrêt de travail pour annuler ou suspendre le licenciement d'un employé. Il s'agit d'abord de résister à de telles pressions et de savoir exactement à quoi on s'engage. Il est en effet inadmissible de rédiger des certificats d'une part antidatés, et d'autre part rétroactifs. Un certificat doit porter la date du jour où il a été effectivement établi. Il peut être rétroactif à la seule condition que le médecin qui l'établit connaisse bien son patient et le suive en consultation depuis un certain temps.
4. Il est également indispensable d'utiliser les certificats d'arrêts de travail édités par l'AMG qui portent la mention «à renouveler après un mois». Il n'est en effet pas normal qu'un patient s'égare dans la nature avec un certificat d'une durée indéterminée

sans que personne ne puisse savoir exactement s'il retourne chez son médecin au moment où il est à nouveau apte à travailler.

5. Rappelons ici également qu'il est important pour l'employeur - sans qu'il soit nécessaire qu'il connaisse l'affection dont est atteint son collaborateur - de pouvoir s'organiser et, pour ce faire, d'avoir une certaine idée de la durée de l'absence dudit collaborateur. En particulier une petite entreprise devra gérer le temps d'occupation de son personnel d'une façon différente si l'absence est de courte durée ou si elle dépasse un mois. Il est donc raisonnable et légitime que l'employeur puisse avoir une certaine idée de la durée de l'absence, sans toutefois violer des dispositions relatives au secret médical.

J.-M. Guinchard

PUBLICITÉ



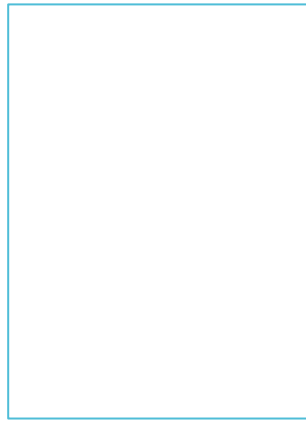
Mutations

Nouveaux membres

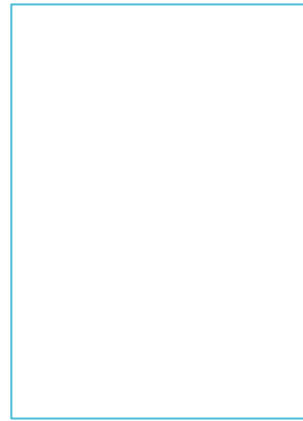
Les Docteurs:
Patrick Dumps
Cem Gabay
Pierre Quinodoz
Ilinca Romoscanu
sont membres de l'AMG depuis
le 10 mai 2002.

Membres passifs

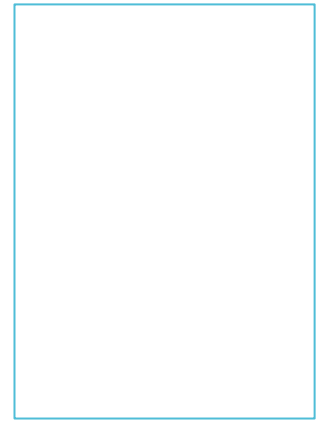
Claude Linker
Georges Papadimitriou
Mme Heidemarie Szappanyos



Dr Cem Gabay



Dr Pierre Quinodoz



*Mme Dr Monia Fitouri
(membre dès le 12-04-02)*

Décès

Nous avons eu le regret de perdre le Dr Hischam Bazarbachi, décédé le 16 mai 2002, le Dr Jürg Scherer, décédé le 23 mai 2002 et le Dr Harold Vasey, décédé le 7 juin 2002.



Ouvertures de cabinets

Madame le docteur
Monia FITOURI

Chemin Tavernay 3
1218 Grand-Saconnex
Tél. prof.: 022 788 50 88
Tél. privé: 022 748 39 78
S/r-vs sauf samedi
Langues parlées: an.ara.e.
FMH en médecine générale

Monsieur le docteur
Pierre QUINODOZ

Avenue J.-D. Maillard 1
1217 Meyrin
Tél. prof.: 022 719 65 85
Tél. privé: 022 784 09 89
Fax: 022 719 65 86
Langues parlées: a.an.
FMH en chirurgie plastique,
reconstructive et esthétique



Rappel: initiative RAS

Vous avez reçu des feuilles de signatures concernant l'initiative du Rassemblement des Assurés et des Soignants dont l'AMG est membre actif par le biais du Groupement Genevois des Professions de la Santé et des Assurés.

Afin d'exercer une pression la plus importante possible sur le Parlement, il est impératif que nous puissions par l'intermédiaire des cabinets médicaux, récolter le nombre nécessaire de signatures (100'000) pour permettre à cette initiative d'aboutir.

Seul ce type de démarche est à même de montrer la détermination des assurés par rapport à leurs exigences légitimes d'une plus grande transparence des coûts de la part des différents assureurs-maladie de base.

Nous vous rappelons que nous tenons à votre disposition des formules de signatures supplémentaires sur simple commande par fax, téléphone ou E-mail auprès du secrétariat.

Nous rappelons également que pour des raisons de confidentialité et de préservation du secret médical, seule une signature par feuille est souhaitée.

Nous remercions de votre engagement.



Médecins-conseils

Allianz Suisse,
Société d'assurance

Dr C. Andrey

Intras Assurance,
Agence Genève Aéroport

Dr P. Buffle



Médecin du travail

Ville de Genève

Mme le Dr N. Bessire



Correction liste AMG

CHALIER Michel
Dpt d'Anesthésiologie
HUG
1211 Genève 14

CHLADEK François
Chemin des Rayes 18
1222 Vésenaz
Tél. 022 752 25 97

Rectificatif

SARBACH Bernard
Institut d'Imagerie Médicale
Rue Jean-Violette 5
1205 Genève
Tél. prof.: 022 320 40 22
Fax: 022 807 11 60



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 préavis chaque candidature par le groupe de spécialistes concerné.

Pour des raisons de gains 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 Nadir BOUMENDJEL,

Originaire d'Algérie et de Lucerne, 1949

Adresse prof.: ch. de la Treille 25, 1213

Domicile privé: rte de Loëx 7bis, 1213

A effectué ses stages en gériatrie, ancien chef de clinique à la Polyclinique de gériatrie à Genève.

Diplôme de médecin: 1976 (Algérie)

Diplôme fédéral: 2000

Droit de pratique: 2000



Mme le Dr Yannik DIDELOT,

Originaire de Genève, 1962

Adresse prof.: avenue des Pierres Nitons 17, 1205

Domicile privé: avenue Cardinal-Mermillod 8, 1227

Etudes en médecine: Genève

Sa formation professionnelle comprend une base de médecine interne indispensable à la pratique médicale (deux ans de médecine interne et soins palliatifs). Sa spécialisation comprend la psychiatrie et les thérapies analytiques individuelles, ainsi qu'une approche plus spécifique des urgences et de la crise émotionnelle.

Diplôme fédéral: 1995



Dr Willy GROSS,

Originaire de Genève et Italie, 1959

Adresse prof.: PMC de Vermont, rue de Vermont 9A, 1205

Domicile privé: chemin des Mollies 122, 1293

Etudes en médecine: Italie

A effectué ses stages à la Clinique d'urologie aux HUG, Urgences au CMCE, Chirurgie générale à l'Hôpital du Locle, en ORL à l'Hôpital de la Chaux de Fonds, et dès 1991: Permanence de Vermont.

Diplôme de médecin: 1986 (Italie)

Diplôme d'Etat de médecine d'Italie: 1996

Diplôme fédéral: 2002



Mme le Dr Karin KURSTEINER GUDAT,

Originaire du Canada et Suisse, 1961

Adresse prof.: av. Bertrand 4, 1206

Domicile privé: rue Henri-Mussard 22, 1208

A effectué ses stages à la Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire aux HUG, aux Services des Urgences/Médecine interne à l'Hôpital de la Tour, Centre de Cardiologie aux HUG, Service de Cardiologie à l'Hôpital de la Tour (cheffe de clin. adj.).

Diplôme fédéral: 1992

Docteur en médecine: 1998

Droit de pratique: 1993



Dr Pierre-André MAYOR,

Originaire de Vaud, 1963

Adresse prof.: avenue Dumas 4, 1206

Domicile privé: avenue Dumas 4, 1206

Etudes en médecine: Genève

A effectués ses stages à la Clinique de Neurologie, Clinique de Gériatrie, Clinique de Psychiatrie II, Clinique Médicale I, Clinique de psychiatrie I aux HUG. De 97 à 98 chef de clin. à la Clinique de Psychiatrie I, de 98 à 99 chef de clin. à la Clinique Médicale, de 99 à 00 chef de clin. aux Urgences Psychiatriques, dès 02 1er chef de clin. à la Clinique d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques..

Diplôme de médecin: 1989

Droit de pratique: 2002

FMH en psychiatrie et psychothérapie

FMH en médecine interne



Dr Luis PERES-BAYAS,

Originaire de Suisse, 1959

Adresse prof.: rue de la Terrassière 11, 1207

Domicile privé: rue Dizerens 11, 1205

Etudes en médecine: Genève

A effectué ses stages en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique de psychiatrie I aux HUG, Neurochirurgie au CHUV à Lausanne, Service de médecine interne Hôpital de zone à Aigle, à la Clinique des maladies du système nerveux à Paris, Clinique de Neurologie aux HUG.

Diplôme fédéral: 1989

Droit de pratique: 1999



A titre dépendant**Mme Maja RABAEUS,**

Originaire de Croatie et Genève, 1949

Adresse prof.: avenue Henri-Dunant 11, 1205

Domicile privé: route de Florissant 3, 1206

Etudes en médecine: Genève

Stages en médecine interne à Stockholm, Institut de génétique médical à Genève, Département de Psychiatrie à B.L., Service de Développement Mental et Psychiatrie de Liaison (ass. Et cheffe de clin. adj.), Clinique de la Métairie cheffe de clin.

Diplôme cantonal de médecin: 1976

Diplôme fédéral: 1999

Droit de pratique: 2002

**Dr Ahmad RAVASH**

Originaire d'Iran et Suisse, 1949

Adresse prof.: rue du Pré-Jérôme 22, 1205

Domicile privé: rte du Vélodrome 24, 1228

Etudes en médecine: Téhéran et Genève

Formation FMH en psychiatrie et psychothérapie effectuée à Genève, Lausanne et Neuchâtel. Obtention de l'équivalence en psychiatrie et psychothérapie en janvier 1999 et diplôme fédéral de médecine en février 2002.

Diplôme de médecin: 1981 (Téhéran)

Diplôme fédéral: 2002

Droit de pratique: 2002

**Mme le Dr Anne TABERLET,**

Originaire de Suisse, 1945

Adresse prof.: rue J.-A. Gautier 13, 1201

Domicile privé: rue Peillonex 37, 1225

Etudes en médecine: Genève

Après plusieurs années à l'étranger, elle a effectué ses stages à la Clinique de Genolier, aux HUG en au Département de Gériatrie, au CESCO et à l'HOGER.

Diplôme fédéral: 1971

Droit de pratique: 2002

**Dr Stéphane GRANDIN,**

Originaire de Genève, 1966

Etudes en médecine: Genève

Adresse prof.: Division de pneumologie, HUG, 1211 Genève 14

Domicile privé: rue de Chêne-Bougeries 24, 1224

Dès 1999: Division de pneumologie et dès 2001, chef de clinique

Diplôme fédéral: 1992

Docteur en médecine: 1993

Droit de pratique: 1999

FMH en médecine interne et

FMH en pneumologie

**Mme le Dr Nathalie SZABO,**

Originaire de Vaud, 19693

Adresse prof.: Polimed, HUG, 1211 Genève 14

Domicile privé: av. De Gallatin 16, 1203

Etudes en médecine: Genève

Dès 1991: cheffe de clinique adjointe

Diplôme fédéral: 1995

Docteur en médecine: 1998

Droit de pratique: 1997

FMH en médecine générale

**Mme le Dr Anne WALSER,**

Originaire du Valais, 1964

Adresse prof.: Service anesthésiologie, HIG, 1211 Genève 14

Domicile privé: rue de Soleure 4, 1207

Etudes en médecine: Genève

Dès 1999: cheffe de clinique adjointe

Diplôme fédéral: 1991

Docteur en médecine: 2001

FMH en anesthésiologie



Horaire d'été - secrétariat de l'AMG

Durant les mois de juillet et août, les locaux du secrétariat seront ouverts de

**8h00 à 16h00 sans interruption et
le jeudi de 8h00 à 12h00**

Nous vous rappelons que les Nos directs du secrétariat de l'AMG sont les:
708 00 20/21/22/26 et que notre E-mail est le suivant :

amg@hin.ch

Les numéros ci-dessus sont réservés à nos membres. Evitez de les distribuer «larga manu».

Médecine interne générale: quel avenir ?

Le passage obligatoire par un médecin de premier recours (généraliste, interniste, pédiatre) semble être une des solutions à l'augmentation des coûts de la santé. Mais pour que cette proposition puisse réellement fonctionner, il faut absolument définir les besoins (nombre de médecins de premiers recours) et en conséquence former ces médecins.

La formation devra être la meilleure possible, car ils joueront un rôle de triage de conseil et de prise en charge sur un long cours.

Actuellement, et ayons le courage de le dire, la qualité de la formation des internistes et des généralistes a tendance à baisser. Ne perdons pas de vue que dans les autres pays européens, le médecin de premier recours est souvent mal formé ou pas formé du tout.

La Société Suisse de Médecine Interne a modifié son règlement de formation pour obtenir le titre FMH. Elle a principalement introduit un tronc commun avec la formation en médecine générale et introduit une formation obligatoire en médecine interne ambulatoire.

Mais est-ce que ce nouveau programme pourra-t-il être appliqué ?

De plus en plus les centres de formations ne sont plus dirigés par des internistes généralistes. L'exigence des spécialités de la médecine interne d'avoir leurs propres lits ou leurs propres services empêchent une formation étendue. A quoi servira un interniste qui n'aura pas fait de cardiologie, de gastro-entérologie, de rhumatologie, de pneumologie, d'urgences ... ?

Soyons un peu polémiste, mais j'ai l'impression que la médecine interne générale est devenue la gériatrie plus les cas que personne ne désire prendre en charge.

Pourtant la médecine interne est la discipline qui s'occupe de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies de la personne adulte.

Les spécialités doivent répondre aux questions de l'interniste en le formant et en lui mettant à disposition de nouvelles méthodes de diagnostic et de nouveaux traitements.

Le spécialiste doit être l'éclaireur qui ouvre le chemin, qui le balise, mais il ne doit en aucun cas gérer le quotidien. De toutes les façons, il le fait mal.



Un spécialiste doit être et rester un consultant. Il doit transmettre son savoir et s'assurer qu'il est utilisé correctement. Ce travail de pédagogue est magnifique.

Il est certain que dans les régions où il existe plus de spécialistes que de médecins de premier recours, ce genre de discours ne sert à rien.

Au niveau de la formation, en gardant toujours à l'esprit cette exigence de qualité, faut-il obligatoirement former des généralistes et des internistes ?

Honnêtement la différence ne saute plus aux yeux du commun des mortels.

Alors pourquoi ne pas regrouper les deux formations avec un seul titre FMH (par exemple médecin de premier recours ou de famille) ?

Le regroupement des forces permettra de créer des services universitaires forts qui auront le pouvoir de gérer et de former les médecins de demain.

Dr Bertrand BUCHS

Un coup de Jarnac !

Nous avons tous été surpris - le Département Fédéral de l'Intérieur et l'OFAS de la même façon - par le communiqué de presse commun publié par Santésuisse et H+ (Association regroupant les hôpitaux publics et privés de Suisse) annonçant que ces derniers n'étaient pas prêts pour l'introduction de Tarmed au 1er janvier 2003, et que ces deux organisations décidaient de concert de la reporter au 1er janvier 2004.

La manœuvre est douteuse à plus d'un titre. En effet, même si l'introduction de Tarmed dans les hôpitaux, en particulier les hôpitaux universitaires des cantons concernés, s'avèrent une opération difficile et lourde, le concept de Tarmed et son application informatique leur était connue depuis longtemps. Ils savaient également,

ou du moins pouvaient le supposer, que le corps médical dans sa majorité accepterait ce nouveau tarif. Ils pouvaient donc, comme tout membre de la FMH, se préparer suffisamment à l'avance pour permettre cette introduction au 1er janvier 2003. Au-delà des excuses invoquées par rapport aux moyens informatiques nécessaires se cache surtout une raison financière: H+ ne souhaite manifestement pas appliquer pour son secteur ambulatoire la même valeur de point que les médecins exerçant en pratique privée. Fort de ce souhait, il était donc facile à cette association de se dire que les médecins introduiraient Tarmed au 1er janvier 2003 et qu'eux suivraient ensuite au 1er janvier 2004 en exigeant une application différente de la valeur du point pour leur secteur ambulatoire.

Cette attitude n'est pas correcte. Elle relève de la mauvaise foi et contredit tous les accords qui ont été passés et qui, rappelons-le, ont fait que la FMH a exigé comme condition "sine qua non" de l'introduction de Tarmed que celle-ci soit conditionnée à une valeur unique du point dans les secteurs ambulatoires privés et publics par canton, ainsi qu'une introduction simultanée du tarif pour ces deux entités.

On ne peut que regretter l'initiative prise par H+ dans ce cadre et l'on peut s'étonner aussi qu'elle ait été soutenue par les assureurs.

Une fois de plus, pour des raisons purement financières qui aboutissent finalement à une concurrence déloyale entre les secteurs ambulatoires des établissements publics et médecins installés en pratique privée, on arrive à des différences de conception peu justifiables.

J.-M. Guinchard



Formation en médecine de famille à Ilidza/Sarajevo

Project HOPE-HUG

(François MOTTU)

Depuis janvier 1998, les médecins de l'Unité d'enseignement en Médecine Générale participent activement, en qualité d'experts ou comme enseignants, au programme de Sarajevo. Nous aimerions ici parler du contexte général de ce cours, mais aussi vous communiquer les sujets des sessions, qui constituent les bases d'un enseignement spécifique à la Médecine Générale.

Informations générales

Objectifs du projet

Les objectifs principaux du projet sont de contribuer à la réforme du système de santé et à la restauration d'un système de soins primaires de qualité en Bosnie-Herzégovine par la création d'un curriculum de formation en médecine de famille pour des **infirmières** et des **médecins** pratiquant dans des centres de médecine de premier recours.

Aperçu géopolitique

La Bosnie-Herzégovine a subi une guerre meurtrière d'avril 1992 à octobre 1995. Sur une population estimée à 4,3 millions avant la guerre, la guerre a fait plus de 250.000 morts, 200.000 blessés, 13.000 invalides permanents, et 2 millions de réfugiés et déplacés à l'intérieur du pays. Sarajevo a été encerclée dès le début de la guerre et a subi un siège de plus de 3 ans. Aux termes des accords de Dayton, signés en décembre 1995, la Bosnie-Herzégovine est restée un état unique mais a été séparée en deux entités, la République serbe, à majorité serbe, et la Fédération de Bosnie-Herzégovine, à majorité croate et musulmane. La population actuelle est estimée à 3,6 millions, 2,4 millions dans la Fédération et 1,2 millions dans la République serbe. Les conséquences économiques de la guerre sont très importantes, la production est

tombée à 10% et le chômage est de 80 %. Un programme de reconstruction économique de 5,1 milliards de \$ sur 4 ans est géré par la Banque mondiale et la Communauté Européenne.

Le système de santé et les soins de santé primaire en Bosnie

Le système de santé de la Bosnie tout comme les autres infrastructures du pays a énormément souffert de la guerre: le personnel de santé a diminué de 40% (décès, exil), les lits d'hôpitaux ont diminué de 35% (destruction), 2/3 du matériel médical est inutilisable. Avant la guerre, le système de soins était presque exclusivement public, basé sur les spécialistes utilisant une technologie de pointe; les patients étaient catégorisés selon l'âge. Les médecins généralistes servaient surtout de trieurs et réfèrent beaucoup de patients aux spécialistes. Le statut socio-économique des généralistes et des infirmières était bas.

L'effort conjoint du Ministère de la Santé et de la communauté internationale vise actuellement à reconstruire un système de soins efficace et de qualité, basé sur la médecine de premier recours. Dans ce contexte, un département de "Family Medicine" a été créé dans les facultés de médecine pour la formation pré et post-graduée des médecins, sous l'égide de l'Université de Queen's (Canada). Cependant, **la formation du personnel de santé déjà en activité** est également nécessaire et constitue l'objectif de notre projet.

Les centres de soins primaires seront les Dom Zdravljas (ou centres de santé) et les ambulants (ou dispensaires) qui leur sont affiliés, qui fonctionnaient déjà comme cliniques ambulatoires avant la guerre.

Notre projet est centré sur la DZ Ilidza et son ambulanta Hrasnica, qui couvrent une population de 60'000 personnes dont

la structure a été bouleversée par la guerre. La DZ dispose d'un service de réhabilitation, de services de pédiatrie, de gynécologie, de neuropsychiatrie, et de médecine générale, tous ambulatoires. Les urgences sont assurées par le service de médecine générale durant le jour et le service d'urgences la nuit. Les médecins généralistes voient en moyenne 45 patient par jour en 6 heures, il n'y a pas de rendez-vous. Un laboratoire effectue les analyses de base de chimie et d'hématologie. Il est prévu d'installer un service de radiologie.

Partenaires du projet

Project Hope: organisation non gouvernementale fondée aux USA en 1958, active dans plus de 70 pays dans les domaines de l'éducation sanitaire, de l'assistance humanitaire et de la recherche en politique de santé. L'acronyme HOPE signifie Health Opportunities for People Everywhere, la devise de l'organisation est "helping people help themselves". Déjà présent en Europe de l'Est depuis quelques années, Project Hope a fourni à la Bosnie une aide humanitaire durant la guerre et y gère actuellement plusieurs programmes dans le domaine de la santé.

Département de Médecine Communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève: Les personnes responsables du projet sont Hans STALDER, Louis LOUTAN, et Josiane RACINE STAMM. François MOTTU, chargé d'enseignement en médecine générale, en est le conseiller technique. Catherine GOEHRING est la coordinatrice médicale, alors qu'Elisabeth MOUTON est coordinatrice infirmière.

Direction pour le développement et la coopération suisse (DDC ou DEZA): accorde l'aide financière à la réalisation de notre projet.

Suite dans notre prochain numéro

