

EDITORIAL

De la Pastorale à la Paisible

Dr Bl. Bourrit

La dernière semaine de l'été a permis à votre Président une visite approfondie de quelques maisons de maître genevoises !

Mercredi, en effet, la Fondation pour Genève l'avait invité à «la Pastorale», pour la remise de son Prix annuel à Monsieur Klaus Schwab, fondateur du World Economic Forum.

Et le samedi, le Conseil de l'AMG siégeait en session extraordinaire durant quatre heures, généreusement invité à «la Paisible», dans la belle demeure d'un de ses membres.

La Fondation pour Genève est une organisation sans but lucratif, qui a pour vocation de rapprocher le monde des organisations internationales avec des milieux genevois. C'est sous son égide que, l'an dernier était organisé le premier séminaire OMS-AMG (sur le thème de la santé mentale). Son siège est à la Pastorale, une double maison patricienne de style bernois que les Genevois connaissent probablement tous. Sa couleur rouge patiné attire l'œil vers la droite quand on monte la route de Ferney, juste après la place des Nations.

Monsieur Klaus Schwab, pour beaucoup de gens mal informés, évoque la globalisation, l'ultra-libéralisme, et la contre-réaction des forums parallèles. Qui sait que ce grand Monsieur est aussi le fondateur d'une organisation qui récompense les entrepreneurs «sociaux», c'est-à-dire ceux qui investissent leur capital dans des actions diminuant la misère humaine.

Quant à la Paisible, c'est une magnifique propriété familiale de Ferney-Voltaire. Le Conseil a travaillé là avec beaucoup d'enthousiasme, mais aussi de compétence et de sérieux, sur le problème suivant : «Qu'est-ce que l'AMG peut faire, pratiquement, pour être plus présente sur la scène de la santé, pour jouer un rôle positif et avoir la meilleure image possible auprès de la population genevoise ?». Un brain storming très sain, où l'on a brassé des idées généreuses, parfois évidentes, parfois utopiques, mais dont il est ressorti une idée-force et plusieurs pistes d'action qui seront mises en œuvre ces prochains mois et dont nous vous reparlerons. Pour l'instant, contentons-nous de cette idée-force revigorante : les statistiques démontrent que l'augmentation

SOMMAIRE

Editorial	1/2
Mots perdus...!	2
A mon avis	3
Informations du Conseil	
- Fin de l'obligation de contracter	4/5/6/7
- <i>Scalpel ou pommade</i>	8
- <i>Cavete Collegae</i>	8
- Petite annonce	8
- Mutations	8
- Médecin-conseil	8
- Corrections liste AMG	8
- Ouvertures de cabinets	9
- Candidatures	10/11
Communiqué de presse	12
Informations diverses	
- Service privé de psychiatrie de liaison	13
- Mais que pense l'AMG?	13
- Ouvrez les yeux !	14
- Communication de l'Association des Diététiciennes	15/16
Courrier du lecteur	
- Y a-t-il encore une place pour le traitement hormonal de substitution ?	17/18
- Manifeste des Médecins Suisses pour un système de santé solidaire	18/19



des coûts de la santé est régulière depuis quarante ans, sans explosion des coûts, que les praticiens ne sont pour rien dans l'inflation des primes, que c'est au monde politique et aux citoyens de ce pays à décider quel pourcentage du PIB doit être consacré à la santé, à l'éducation ou aux loisirs. Pas aux médecins, dont le seul souci doit être de continuer à pratiquer une médecine de qualité, basée sur des preuves, la moins chère possible chaque fois qu'il y a un choix.

Les media tentent de faire porter le chapeau aux médecins de tout ce qui va mal dans la LAMal . Les médecins, trop crédules, se laissent impressionner et finissent par culpabiliser pour des fautes qu'ils n'ont pas commises. Ils cèdent au climat d'intox et de désinformation entretenus par certains lobbies. Les données objectives des statistiques, et peut-être le climat bienfaisant de « la Paisible » ont, ce jour-là - me semble-t-il - permis d'insuffler une nouvelle confiance parmi les médecins présents. Le message global serait : continuer à faire bien votre travail, mais faites-le mieux connaître !

Dr Bl. B.

MOTS PERDUS... !

A la recherche des mots perdus...petit glossaire des mots retrouvés (extraits médicaux)

Orteil: Espèce de fromage coulant, très apprécié en Picardie. L'ortail «maison », dont l'odeur est insoutenable, est fort estimé des aveugles.

Périnée: Chaîne de montagnes fabuleuses, couvertes de forêts, que les Anciens situaient entre Lesbos et Chio. Une forte secousse tellurique les fit disparaître dans les eaux à l'époque de la Préhistoire.

Phrygie: Pays de steppes glacées, situé sur le Cercle arctique, et habité par les Phrygiens.

Pilocarpine: Petit poisson d'eau douce qui donne des décharges électriques lorsqu'on lui touche les ouïes.

Pneumonie: Fleur de la famille des mimosacées, se contractant sous l'effet du froid. « La pneumonie double est du plus bel effet dans nos jardins ». (Louise de Vilmorin : La belle Jardinière).

Pornographie: Patient compilation érudite de peu d'intérêt pour le grand public. Les écrivains âgés se consacrent souvent à la pornographie.

Prépuce: Petit insecte sauteur, universellement répandu, excepté en Orient et aux Etats-Unis. Parasite et antisémite.

Pubis: Echassier migrateur de l'Afrique du Nord ; le pubis se déplume en automne.

Rhumatisme: Doctrine philosophique inventée jadis par Podagre. «Les adeptes du rhumatisme vivaient immobiles et s'exerçaient à supporter stoïquement la douleur». (Little Tich : traité de philosophie).

Roupiller: Dérober par petites quantités. « Le caissier de Calcutta, peu dérangé, roupillait à son aise ». (Marco Polo : Voyages).

Spasme: Etat languide et prolongé. Les femmes rêveuses y sont sujettes. Quand le spasme dure plusieurs jours de suite, il y a lieu de s'étonner de sa cause.

suite dans un prochain numéro

Des primes automnales

Mme Liliane MAURY PASQUIER
Présidente du Conseil National

Les feuilles tombent des arbres, les brouillards matinaux peinent à se déchirer et les primes d'assurance maladie augmentent de près de 10%. Pas de doute, l'automne est revenu. Mais, si les deux premiers phénomènes sont des manifestations saisonnières d'un climat que nos ancêtres connaissaient déjà, le dernier est la conséquence d'une addition de causes multiples, nébuleuses ou contestées qui produisent un résultat aussi douloureux qu'inacceptable.

A qui la faute ?

Aux médecins et, dans une moindre mesure, aux autres prestataires de soins qui multiplient sans mesure des actes - dont le coût unitaire n'a pas augmenté - pour rentabiliser les efforts et les investissements consentis, qui prescrivent à tour de bras pour, surtout, ne pas être accusés d'avoir passé à côté de quelque chose? Aux établissements hospitaliers qui externalisent tout à la fois des coûts et des prestations en développant au maximum leur secteur ambulatoire, faisant des économies en personnel et en lits et permettant de décharger les coûts des collectivités publiques donc les budgets cantonaux? Aux patient-e-s et malades - imaginaires ou réels - qui en veulent pour leur argent et qui revendiquent un maximum d'exams, de médicaments et autres traitements, les meilleurs, les plus coûteux, les plus récents? Aux entreprises pharmaceutiques qui profitent de leur situation de quasi monopole pour mettre sur le marché des nouveaux produits à prix élevé, pour rentabiliser leurs recherches, et retirer du même marché les médicaments qui ont fait leurs preuves mais

qui, n'étant plus protégés par un brevet, ne sont plus suffisamment rentables à leurs yeux? Aux assurances maladie qui mettent tant d'énergie à faire la chasse aux « bons risques » et jouent sur le marché nettement plus prometteur des assurances complémentaires? Aux pouvoirs publics qui laissent faire, encore majoritairement convaincus que la santé est un marché comme les autres, et qui profitent de toutes les occasions pour se désengager? Aux progrès de la médecine qui permettent à l'espérance de vie d'augmenter? Ou aux pressions que subissent les individus (plus de rendement, plus de performances) et qui font craquer les moins résistants, produisant autant de recours à la violence (contre soi ou contre les autres), de dépressions, de décompensations psychiques, d'invalidités?

Oui, nous sommes certainement toutes et tous responsables de la hausse des coûts de la santé mais, plutôt que de nous renvoyer la balle sans rien résoudre, nous devons nous atteler à trouver une solution au problème le plus urgent auquel cette hausse constante nous renvoie : la répartition de ces coûts.

Si la LAMal a constitué un grand progrès en instaurant - par l'obligation de s'assurer et par l'institution d'une prime unique (par canton ou par région) pour tous les adultes - une solidarité entre toutes les personnes habitant en Suisse, elle s'est arrêtée à mi-chemin. On ne peut que saluer le fait que le retraité de 70 ans paye les mêmes primes que le jeune employé en bonne santé, que la femme enceinte ou que le diabétique chronique, mais on ne peut pas justifier que ces primes soient les mêmes pour le millionnaire et pour la

vendeuse de grande surface. Ajoutez à cela le fait que les enfants et les jeunes en formation payent aussi des primes (ou plutôt leurs parents), que les systèmes de subsides ont le défaut d'être, dans nombre de cantons, insuffisants pour permettre vraiment aux personnes de ne pas croquer sous le poids des cotisations. De plus, ils créent des seuils au-dessus desquels un revenu à peine supérieur pénalise la personne qui en bénéficie, la mettant aussitôt dans une situation moins bonne que celle qui est juste en dessous.

Oui, vraiment, j'en suis convaincue, la seule solution défendable pour la prise en charge des coûts de la santé est celle des primes en fonction du revenu, que cela passe par un prélèvement sur les salaires et la fortune ou par une part plus grande des coûts prise en charge par le biais de l'impôt (direct ou indirect). Et, finalement, ni santésuisse - qui tente de justifier sa dernière proposition de faire payer des primes plus élevées aux personnes de plus de 50 ans parce qu'elles gagnent mieux leur vie - ni la majorité du Conseil des Etats - qui veut obliger les cantons à prendre en charge les primes qui dépasseraient un seuil de revenu et donc à subventionner, par exemple à Genève, plus de la moitié de la population - ne pensent autrement : nous devons trouver un système qui permette aux personnes de participer aux coûts en fonction de leurs capacités contributives. C'est le seul système raisonnablement défendable et l'initiative « Pour une santé à un prix abordable », qui devrait être soumise au vote populaire au printemps prochain, propose finalement une variante de ce système qui recevra, je l'espère, le soutien de la majorité.

Après (et pourquoi pas, en même temps), nous pourrions nous occuper de la question de l'offre et de la demande - qui doivent certainement être réglementées (clause du besoin concertée, contrôles de qualité, limite d'âge, evidence based medicine?) mais par les pouvoirs publics et non par les assureurs - de la médecine de pointe qui devrait être coordonnée, au moins, sur l'ensemble de la Suisse, de cours de formation à la santé (parce que la santé, ça s'apprend), de la création d'une caisse publique ou encore du financement des hôpitaux (moniste pourquoi pas si l'Etat est le seul payeur). Bref, du travail et des débats en perspective.

Fin de l'obligation de contracter

La fin de l'obligation de contracter - ou plutôt, comme on devrait l'appeler plus clairement, la perte de liberté de choix de son fournisseur de prestations - après avoir fait l'objet d'un vote largement positif du Conseil des Etats doit encore être soumise au Conseil National. Celui-ci en traitera vraisemblablement à l'occasion de la session d'hiver du Parlement.

De plus en plus, les patients concernés ou l'opinion publique réalisent ce qui se cache sous ce vocable pernicieux et en particulier constatent qu'en cas d'abrogation de cette liberté de choix, celui-ci appartiendrait purement et simplement aux seuls assureurs. Or, ceux-ci n'ont pour l'instant, comme critère d'évaluation des médecins, que les chiffres issus de leurs statistiques. Même si celle-ci sont admises sur un plan purement économique par le Tribunal Fédéral des Assurances, plusieurs voix et instituts les ont systématiquement mises en doute par rapport à leur fiabilité. Leur seul «mérite» est toutefois d'exister puisque les médecins, en attendant Tarmed, n'ont pas de chiffres à disposition.

Dans l'esprit du public, on constate que l'on tient à garder la liberté de choix de son prescripteur. D'autre part, celle-ci est l'un des trois piliers sur lesquels a été construite la LAMaL, les deux autres étant l'obligation de s'assurer pour les citoyens de ce pays et l'obligation d'accepter de travailler avec l'ensemble des caisses pour les médecins. Mettre fin à l'obligation de contracter casse l'un de ces trois piliers et expose la LAMaL au risque qu'elle se déséquilibre complètement.

Il nous a paru intéressant, à l'aube de l'année 2003 qui verra le Parlement Fédéral renouvelé, de donner la parole à nos représentants au Conseil National, que ce soit en commun pour certains d'entre eux ou individuellement. Nous avons choisi la voie de leur poser cinq questions précises et nous vous laissons découvrir leurs réponses ci-dessous.

Nous les remercions chaleureusement de cette contribution qui nous permet de constater qu'en tout cas en ce qui concerne les Parlementaires genevois, ceux-ci sont bien sur la même longueur d'onde que leurs électeurs.

**Mme F. Saudan Conseillère aux Etats,
Mme M. Bernasconi, M. John Dupraz Conseillers Nationaux
(Parti Radical)**

1. La LAMaL impose l'obligation de s'assurer pour tous. A cette obligation correspond celle faite aux assureurs de travailler avec tous les médecins. Ne pensez-vous pas que la fin de l'obligation de contracter constitue de ce fait un déséquilibre au détriment des assurés?

La LAMaL consacre un équilibre entre les droits et les obligations des prestataires de soins, des assureurs et des assurés. Les prestataires de soins doivent dispenser les prestations prévues par le catalogue de base à la population qui en a besoin ou qui croit en avoir besoin et ils sont remboursés par l'assurance de base. Les assureurs ont l'obligation d'assurer chaque citoyen qui en fait la demande et l'obligation de rembourser les prestations de base. A cette fin ils encaissent les primes de base en fonction des coûts. Les assurés doivent payer les primes de base qu'ils peuvent diminuer en fonction des franchises ou de restriction à l'accès aux soins, mais ils n'ont aucune obligation de limiter leur consommation. La suppression de l'obligation de contracter rompt cet équilibre sans imposer aux assureurs une obligation équivalente ni aux assurés d'être plus conscients des coûts engendrés par leur comportement bien trop souvent irrationnel.

2. La fin de l'obligation de contracter signifie-t-elle réellement, dans les textes et dans les faits, que l'assureur peut imposer à l'assuré un médecin de son choix ?

Oui, malgré l'obligation de permettre le choix aux assurés et aux prestataires, cela posera des problèmes dans les régions périphériques (art.45 al 2,3,4, introduits par le Conseil des Etats).

3. Suite à cette modification de la LAMaL, l'assureur peut-il imposer à l'assuré de changer de médecin et ce, même en cours de traitement?

Oui, sauf dans les cas particuliers prévus par l'art. 35 al. 1ter introduit par le Conseil des Etats («relation entre un fournisseur de prestations et un assuré qui, en raison de sa durée, ainsi que de l'âge et de l'affection dont souffre ce dernier, doit être poursuivie par nécessité thérapeutique»).

4. La relation thérapeutique entre le médecin et son patient est évidemment personnelle et touche un domaine intime. De ce fait, elle implique un rapport de confiance totale entre le soignant et le soigné. Comment préserver cet avantage concédé au patient et la qualité de la relation de soin si l'assuré n'a plus le choix de son médecin ?

Elle sera impossible à préserver. Les rapports qui président aux relations entre le médecin et son patient ne devraient être que des rapports de confiance. Ils sont donc personnels et parfois irrationnels.

5. Pensez-vous réellement que la perte du libre choix du médecin constitue une source d'économie potentielle et pourquoi ?

Les critères sur lesquels les assureurs vont se baser seront essentiellement économiques malgré l'art. 35 al1 quinquies. Et comment quantifier la relation prestataire/patient alors que pour ce dernier sa santé n'a pas de prix? Le Tarmed est une tentative de maîtriser la spirale de l'augmentation des coûts mais au prix d'une grave atteinte à la conception originelle de la médecine libérale. Il ne porte que sur environ 15 % des coûts. C'est dire si la suppression de l'obligation de contracter ne peut avoir un effet que marginal.



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.

**Mme L. Maury Pasquier,
Présidente du Conseil National
(Parti Socialiste)**

J'ai bien reçu votre lettre, mais je dois dire que je suis un peu embarrassée pour y répondre.

En effet, la commission n'ayant pas encore tranché cette question de la suppression de l'obligation de contracter, je ne peux pas me prononcer précisément sur le contenu du texte qu'elle adoptera et qui est susceptible de ne pas être le même que celui adopté par le Conseil des Etats. Toutefois, pour résumer ma position, je dirais que je suis personnellement très réticente à cette suppression, ce d'autant plus que les assureurs ont actuellement déjà la possibilité de lever l'obligation de contracter avec les prestataires de soins qui ne respecteraient pas les règles fixées par la LAMal, notamment celles réglant l'économicité des prestations. On pourrait éventuellement lever l'obligation de contracter avec certains spécialistes, notamment en fonction de la densité médicale dans un canton donné. Je ne voudrais toutefois pas que cet instrument soit confié aux seuls assureurs et je ne suis pas prête, en l'état, à accepter la proposition du Conseil des Etats.



**M. C. Grobet, Conseiller national
(Parti Socialiste)**

1. *La LAMaL impose l'obligation de s'assurer pour tous. A cette obligation correspond celle faite aux assureurs de travailler avec tous les médecins. Ne pensez-vous pas que la fin de l'obligation de contracter constitue de ce fait un déséquilibre au détriment des assurés ?*

Non, pour autant que les tarifs des médecins fassent l'objet d'une convention et que seuls les médecins non signataires de la convention ne soient pas reconnus par les caisses.

2. *La fin de l'obligation de contracter signifie-t-elle réellement, dans les textes et dans les faits, que l'assureur peut imposer à l'assuré un médecin de son choix ?*

Cela ne devrait pas être le cas et la liberté de choix du médecin doit être garantie pour autant qu'il applique les tarifs conventionnels.

3. *Suite à cette modification de la LAMal, l'assureur peut-il imposer à l'assuré de changer de médecin et ce, même en cours de traitement ?*

Cela ne serait pas acceptable.

**M. Nils de Dardel, Conseiller national
(Parti Socialiste)**

1. *La LAMaL impose l'obligation de s'assurer pour tous. A cette obligation correspond celle faite aux assureurs de travailler avec tous les médecins. Ne pensez-vous pas que la fin de l'obligation de contracter constitue de ce fait un déséquilibre au détriment des assurés ?*

Je suis opposé à la levée de l'obligation de contracter. Cette mesure provoquerait des inégalités inadmissibles:

- en favorisant les assurés aisés et en défavorisant les assurés de condition moyenne et modeste;
- en favorisant certaines régions et certaines caisses;
- en créant un risque de restrictions à l'accès aux soins.

Dans tous les cas, la définition de l'offre médicale ne doit pas être attribuée aux caisses, mais à une autorité politique impartiale.

2. *La fin de l'obligation de contracter signifie-t-elle réellement, dans les textes et dans les faits, que l'assureur peut imposer à l'assuré un médecin de son choix ?*

3. *Suite à cette modification de la LAMal, l'assureur peut-il imposer à l'assuré de changer de médecin et ce, même en cours de traitement ?*

La caisse établit la liste des médecins qu'elle reconnaît. L'assuré devra choisir la caisse qui reconnaît son médecin. Evidemment, la capacité de choix du patient est fortement entravée. A cela s'ajoute que le patient devra se renseigner avant de consulter un médecin.

Selon la version actuelle du Conseil des Etats, la poursuite des traitements en cours est garantie, même si le médecin ne se trouve pas sur la liste de la caisse.

4. *La relation thérapeutique entre le médecin et son patient est évidemment personnelle et touche un domaine intime. De ce fait, elle implique un rapport de confiance totale entre le soignant et le soigné. Comment préserver cet avantage concédé au patient et la qualité de la relation de soin si l'assuré n'a plus le choix de son médecin ?*

Le mot «totale» me semble exagéré et un peu paternaliste. A mon avis, le patient doit avoir confiance dans son médecin, mais il doit conserver son sens critique. Il est aussi possible pour le patient - en cas de suppression de l'obligation de contracter - de choisir un autre médecin sur la liste de sa caisse. Mais, comme déjà dit, le choix effectif risque d'être excessivement restreint, et donc discriminatoire.

5. *Pensez-vous réellement que la perte du libre choix du médecin constitue une source d'économie potentielle et pourquoi ?*

Non, car elle n'implique pas un effet restrictif sur la consommation médicale individuelle. La vraie réponse serait une planification à long terme des besoins médicaux, notamment des besoins en médecins de différentes catégories.



4. *La relation thérapeutique entre le médecin et son patient est évidemment personnelle et touche un domaine intime. De ce fait, elle implique un rapport de confiance totale entre le soignant et le soigné. Comment préserver cet avantage concédé au patient et la qualité de la relation de soin si l'assuré n'a plus le choix de son médecin ?*

Le libre choix du médecin doit être préservé pour les motifs de confiance évoqués, sous réserve de la réponse à la question 1.

5. *Pensez-vous réellement que la perte du libre choix du médecin constitue une source d'économie potentielle et pourquoi ?*

L'application de tarifs conventionnels est une source d'économie indéniable.



**M. P. Mugny
(Les Verts)**

En guise de préambule, je tiens à souligner que je ne traite absolument pas de ce dossier. Je le connais donc fort peu et n'interviendrai pas sur ces questions au Parlement. Mais il va de soit que je participerai aux nombreux votes qui émailleront l'examen de ce projet. Et je souligne que je suis résolument opposé à donner ce pouvoir aux assureurs. Je serai en revanche prêt à discuter d'une telle proposition si la responsabilité en incombait aux pouvoirs publics.

1. *La LAMaL impose l'obligation de s'assurer pour tous. A cette obligation correspond celle faite aux assureurs de travailler avec tous les médecins. Ne pensez-vous pas que la fin de l'obligation de contracter constitue de ce fait un déséquilibre au détriment des assurés?*

J'en suis convaincu. La fin de cette obligation donnerait aux assureurs un pouvoir excessif et surtout inapproprié.

2. *La fin de l'obligation de contracter signifie-t-elle réellement, dans les textes et dans les faits, que l'assureur peut imposer à l'assuré un médecin de son choix ?*

A mon avis non. En revanche, si l'assureur ne peut pas imposer le médecin de son choix, il peut refuser de laisser le libre choix au patient, qui serait contraint de renoncer aux médecins qui se trouveraient sur les listes noires des assureurs.

3. *Suite à cette modification de la LAMaL, l'assureur peut-il imposer à l'assuré de changer de médecin et ce, même en cours de traitement?*

Je n'en sais rien mais je serai très attentif à cette question au moment des votes.

4. *La relation thérapeutique entre le médecin et son patient est évidemment personnelle et touche un domaine intime. De ce fait, elle implique un rapport de confiance totale entre le soignant et le soigné. Comment préserver cet avantage concédé au patient et la qualité de la relation de soin si l'assuré n'a plus le choix de son médecin ?*

Sur le fond, je suis d'accord avec vous. Il n'en demeure pas moins que le fait que des médecins abusent financièrement est actuellement non résolu. Il faudra bien trouver une solution. Mais celle qui est aujourd'hui proposée est mauvaise.

5. *Pensez-vous réellement que la perte du libre choix du médecin constitue une source d'économie potentielle et pourquoi ?*

Difficile à évaluer. Mais, contrairement à la prose dominante, je ne trouve pas que le coût des soins est excessif dans notre pays. La Suisse dépense environ 10% de sa richesse annuelle, soit quelque 43 milliards de francs, pour fournir les soins que l'on connaît à la population. Je considère ce pourcentage tout à fait acceptable au regard de la qualité de ce qui nous est fourni. En revanche, il y a un vrai problème sur la répartition de la charge de ces coûts et je défends une plus forte implication des pouvoirs publics et un calcul des primes en fonction du revenu.

**Mme B. Polla, M. J. Simon Eggly
(Parti Libéral)**

1. *La LAMaL impose l'obligation de s'assurer pour tous. A cette obligation correspond celle faite aux assureurs de travailler avec tous les médecins. Ne pensez-vous pas que la fin de l'obligation de contracter de ce fait un déséquilibre au détriment des assurés ?*

Cette disposition nouvelle constitue incontestablement un déséquilibre évident dans la relation triangulaire «patient-assureur-médecin», si bien que le système LAMaL pourrait ne plus fonctionner. Il y aurait peut-être même lieu de se demander si une suppression de l'obligation de s'assurer ne serait pas une conséquence inévitable de la suppression de l'obligation de contracter. En tous les cas, si celle-ci est acceptée, il faudra impérativement s'assurer que celle-ci soit accompagnée de mécanismes garantissant que les caisses ne sélectionnent pas les médecins en choisissant simplement les moins chers. D'autre part, on peut relever que l'acceptation de la suppression de l'obligation de contracter irait à l'encontre du TARMEDE, si difficilement négocié au sein de la corporation des médecins, puisqu'un modèle de rémunération valable sur l'ensemble du territoire suisse ne serait tout simplement plus possible, ni même envisageable.

2. *La fin de l'obligation de contracter signifie-t-elle réellement, dans les textes et dans les faits, que l'assureur peut imposer à l'assuré le médecin de son choix?*

3. *Suite à cette modification de la LAMaL, l'assureur peut-il imposer à l'assuré de changer de médecin et ce, même en cours de traitement?*

Etant donné que la 2ème révision de la LAMaL n'est pas encore adoptée, le Conseil national devant encore se prononcer en plénum, il est difficile de se prononcer sur les textes. En revanche, l'on sait que la Commission compétente du Conseil des Etats avait souhaité accorder un sursis aux patients dont le médecin ne serait plus reconnu par leur caisse : les assurés devaient pouvoir exiger de poursuivre pendant deux ans auprès du même praticien un traitement en cours. De même, une caisse ne pourrait pas refuser de financer la prestation d'un médecin, si le traitement fourni à l'assuré devait être poursuivi par nécessité thérapeutique (c.f. art. 35, 1 ter LAMaL proposé par le Conseil des Etats). En outre, il semble que la commission de la concurrence pourrait intervenir en cas de prétendue limitation à la concurrence des fournisseurs de prestations, la loi sur les cartels serait appliquée (art. 35, 1 bis LAMaL). Toutefois, ce contrôle s'ajoute à ceux de M. Prix, des organisations des malades, de la Confédération etc. ce qui peut faire douter de son efficacité.

4. *La relation thérapeutique entre le médecin et son patient est évidemment personnelle et touche au domaine intime. De ce fait, elle implique un rapport de confiance totale entre le soignant et le soigné. Comment préserver cet avantage concédé au patient et la qualité de la relation de soin si l'assuré n'a plus le choix de son médecin ?*

La relation thérapeutique est au coeur même des soins et la qualité de cette relation détermine aussi leur qualité. La liberté du patient de choisir son thérapeute est donc non seulement une liberté fondamentale à préserver, mais encore une garantie irremplaçable de l'efficacité de la prise en charge thérapeutique. Du point de vue du patient, toute limitation à la possibilité de

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



choisir son thérapeute est donc inacceptable.

5. *Pensez-vous réellement que la perte du libre choix du médecin constitue une source d'économie potentielle et pourquoi ?*

Les possibilités d'économie découlant de la suppression de l'obligation de contracter sont probablement beaucoup plus faibles que «santésuisse» veut bien le dire. Les soins ambulatoires privés représentent une partie liminaire des coûts totaux de la santé sur lesquels la suppression de l'obligation de contracter agira encore de manière liminaire. De plus, les économies potentielles supposées de cette suppression n'auront aucune influence sur le fait que les patients soient moins malades ou



M. J.-P. Maitre
(Parti Démocrate Chrétien)

non.

1. *La LAMal impose l'obligation de s'assurer pour tous. A cette obligation correspond celle faite aux assureurs de travailler avec tous les médecins. Ne pensez-vous pas que la fin de l'obligation de constituer de ce fait un déséquilibre au détriment des assurés ?*

La suppression de l'obligation de contracter est à mes yeux une aberration économique et politique.. En effet, dans un système d'assurance obligatoire, l'assuré est, sur le plan économique que, un «client captif». Il n'a d'autre choix que d'être assuré, qu'il le veuille ou non, et de payer les primes en conséquence. Si d'un autre côté, l'assurance peut choisir les prestataires de soins qu'elle remboursera (à l'évidence sur la base de critères relatifs aux coûts et non à la qualité des soins), ladite assurance devient totalement maîtresse du jeu. Un tel déséquilibre est

inacceptable.

2. *La fin de l'obligation de contracter signifie-t-elle réellement, dans les textes et dans les faits, que l'assureur peut imposer à l'assuré le médecin de son choix ?*

3. *Suite à cette modification de la LAMal, l'assureur peut-il imposer à l'assuré de changer de médecin et ce, même en cours de traitement?*

4. *La relation thérapeutique entre le médecin et son patient est évidemment personnelle et touche au domaine intime. De ce fait, elle implique un rapport de confiance totale entre le soignant et le soigné. Comment préserver cet avantage concédé au patient et la qualité de la relation de soin si l'assuré n'a plus le choix de son médecin?*

5. *Pensez-vous réellement que la perte du libre choix du médecin constitue une source d'économie potentielle et pourquoi?*

La fin de l'obligation de contracter ne permettrait probablement pas à l'assurance d'imposer un médecin de son choix. Elle permettrait certainement en revanche de refuser le médecin choisi par le patient. Un tel pouvoir donné aux caisses est à nos yeux totalement incompatible avec le rapport de confiance qui doit exister entre un patient et son médecin. Cette relation ne peut plus être garantie dans l'hypothèse de la suppression de l'obligation de contracter.

Je ne pense pas que la suppression de l'obligation de contracter puisse être une source d'économie réelle. D'autres systèmes, tels que la «carte de santé», offrent à mon avis un meilleur potentiel. Par ailleurs, les caisses pourraient en premier lieu mieux utiliser le potentiel actuellement offert par la LAMal qui leur permet de refuser de couvrir des prestations dont le coût est à l'évidence excessif.

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

La lettre de l'AMG

Journal d'information de l'Association des Médecins du Canton de Genève

Sur Internet: www.amge.ch

Prochaine parution

29 novembre 2002

Dernier délai rédactionnel

8 novembre 2002

Scalpel ou pommade

... Au groupe des Verts des Chambres Fédérales, dont la position par rapport à l'élection de la successeuse de Ruth Dreifuss au Conseil Fédéral a été révélée à la Radio Romande. Les Verts estiment ainsi que seule une femme peut succéder à Ruth Dreifuss et que de surcroît, le Département Fédéral de l'Intérieur (DFI) doit continuer à être dirigé par une femme. Dans le cas contraire, il s'agirait d'une insulte au féminisme.

Affirmer de façon aussi péremptoire qu'un département comme le DFI doit toujours et dorénavant être dirigé par une femme, cela doit être ce que l'on appelle du développement durable...

Pour le surplus, affirmer de la même façon qu'une femme doit rester à l'intérieur n'est vraiment pas féministe.



... Le GPFI, Groupement de Défense des Assurés avec lequel nous entretenons des contacts réguliers, a initié un projet intitulé «l'assuré prend sa santé en mains». Il s'agit d'une initiative visant à mieux responsabiliser l'assuré par rapport à son état de santé. Afin de mener cette tâche à bien, le GPFI s'est adressé à différents bailleurs de fonds potentiels. Il s'est entre autre adressé à «Action D» à Berne pour (action diabète), organisation qui a pour but de promouvoir une meilleure activité physique et une nourriture plus harmonieuse.

Cette organisation est également financée par «Promotion santé suisse». Dans le comité de «Action D» siègent des assureurs. Ceux-ci ayant vraisemblablement estimé que le GPFI défendait trop bien les assurés, ils ont fait en sorte que le comité d'«Action D» n'entre pas en matière sur cette démarche pourtant intéressante.



Cavete Collegae

Vacances durant un arrêt de travail

Personne ne conteste que, suivant la pathologie dont il peut être atteint, un patient puisse prendre quelques jours de vacances, ce d'autant plus si celles-ci ont été prévues depuis longue date.

A cet égard, il y a toutefois quelques règles à respecter en particulier dans l'intérêt du patient lui-même:

1. Compte tenu du devoir de fidélité et de diligence que l'employé doit à son employeur, il est normal et attendu que le premier informe le second qu'il souhaite prendre des vacances indépendamment du fait qu'il est en incapacité de travail. Cette information donnée préalablement évitera ensuite un climat soupçonneux qui pourrait s'installer entre eux et aggraver des relations parfois difficiles que connaissent employeur et employé dans le cadre d'une incapacité de travail.

2. Si l'employé est au bénéfice d'une assurance perte de gains - qui est d'ailleurs conclue par son employeur à son bénéfice - l'autorisation de partir en vacances doit impérativement être demandée à l'assureur.

3. Cette autorisation n'est pas formellement donnée par le médecin. Ce dernier ne pourra qu'établir une attestation par laquelle il reconnaît que son patient est en mesure de se déplacer et de prendre ses vacances, en particulier s'il s'agit d'une séjour à l'étranger. Sans indication de diagnostic bien sûr, le médecin donne une attestation d'un point de vue strictement médical. Il ne lui appartient toutefois pas de donner formellement une autorisation, cette prérogative étant de la seule compétence de l'assureur perte de gains, respectivement de l'employeur.



Petite annonce

Psychologue FSP souhaite partager son cabinet au centre ville de Genève avec un médecin psychiatre.
(Tél. 079 729 66 37)

Mutations

Membres passifs

Henri Gougler

Christos Karagevrekis

René Wismer

Décès

Nous avons eu le regret de perdre le Dr André MONOD décédé le 17 septembre 2002, et le Dr François de SENARCLENS décédé le 29 septembre 2002.



Médecin -conseil

Vaudoise Générale, Compagnie d'assurance:

Dr Alain Joliat



Corrections liste AMG

REUILLE Olivier

Chemin des Grangettes 7 - 1224 Chêne-Bougeries

Tél.: 022 305 08 00

Fax: 022 305 07 70

SORAVIA Claudio

11, route de Chêne - 1207 Genève

SORAVIA-DUNAND Viviane Mme

11, route de Chêne - 1207 Genève



Ouvertures de cabinet

Madame le docteur
Elisabeth BECCIOLINI-LEBAS

Centre Médical de Chêne-Bourg
Rue de Genève 20
1225 Chêne-Bourg
Tél. prof.: 022 349 66 66
Fax: 022 349 66 66
S/r-vs et consultation ouverte
Langues parlées: i.
FMH en médecine générale

Madame le docteur
Yannick DIDELOT

Rue Ernest-Bloch 56
1207 Genève
Tél. prof.: 022 736 06 46
S/r-vs
Psychiatrie et psychothérapie

Monsieur le docteur
Jean-Pascal CROCI

Rampe de la Gare 4
1290 Versoix
Tél. prof.: 022 755 12 31
Fax: 022 755 42 51
S/r-vs sauf mercredi après-midi
Langues parlées: an.i.
FMH en médecine générale

Monsieur le docteur
Pierre-André MAYOR

Boulevard des Philosophes 3
1205 Genève
Tél. prof.: 022 321 40 15
Tél. privé: 022 346 98 51
Fax: 022 320 91 70
S/r-vs
Langue parlée: an.
FMH en psychiatrie et psychothérapie
FMH en médecine interne

Monsieur le docteur
Philippe MICHELI

Rue Alfred-Vincent 17
1201 Genève
Tél. prof.: 022 716 06 60
Fax: 022 716 06 61
S/r-vs
Langues parlées: a.an.
FMH en médecine interne

Monsieur le docteur
Pascal SEITE

Quai Wilson 35
1201 Genève
Tél. prof.: 022 732 21 00
Fax: 022 732 21 11
S/r-vs
Langues parlées: a.an.e.
FMH en chirurgie orthopédique

GROUPE ASTHME LIGUE PULMONAIRE GENEVOISE

Pour vos patients asthmatiques et leurs proches, il existe désormais un lieu d'accueil, d'information, et de disponibilité téléphonique, 4 après-midi par semaine, **à la Médiane le lundi, mardi et vendredi** de 14h à 16h ainsi que le **jeudi** de 13h à 17 à l'**Espace Médiane**.

Des entretiens pour asthmatiques adultes sont donnés 3 mardis par mois de 18h à 19h à l'Espace médiane.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter:
Madame Anne-Françoise Naef
Madame Evelyne Wenger
Tél. 022/322 13 32
E-mail: ligue.pulmonaire@mediane.ch

Adresses:

Médiane:
10, place des Philosophes - 1205 Genève
Espace Médiane:
4, rue Micheli-du-Crest - 1205 Genève

Responsables:

Mme Anne-Françoise Naef
Dresse Christiane Courteuse

PUBLICITÉ

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.

A titre indépendant

Dr Alexandre CHERETAKIS,

Originaire de Suisse et Grèce, 1963

Adresse prof: av. Krieg 13, 1208

Domicile privé: av. du Petit-Senn 6, 1225

Etudes en médecine: Genève

A effectué ses stages en chirurgie à l'Hôpital de Martigny, Chirurgie Cardio-Vasculaire aux HUG, Urgences de Chirurgie, Soins Intensifs de Chirurgie, Polyclinique de Chirurgie, Chirurgie Digestive, Chirurgie plastique aux HUG. De 99 à 01: Chirurgie plastique, Chef de clin. à Sion, en 98 et dès 91: Chirurgie plastique, Chef de clin. aux HUG.

Diplôme fédéral: 1990

Docteur en médecine: 2000

Droit de pratique: 1998

FMH en chirurgie plastique et reconstructive



Mme Dr Leïla CHMOULIOVSKY,

Originaire de Genève, 1964

Adresse prof.: ch. Jean-Portier 14A, 1255

SMP, Bd St-Georges, 1205

Domicile privé: ch. Jean-Portier 14A, 1255

Etudes en médecine: Genève

A effectué ses stages aux HUG à la division d'Immuno-Allergologie, en Diabétologie (Obésité), en Clinique de Psychiatrie adulte, aux urgences psychiatriques, à l'unité de crise pour adolescents suicidants, et au service médico-pédagogique à la consultation ainsi qu'à la cellule de crise.

Diplôme fédéral: 1993

Droit de pratique: 2002

Médecin praticien



Mme Dr Annick DUBOC,

Originaire de Suisse, 1962

Adresse prof.: r. de Zurich 42, 1201

Domicile privé: ch. des Semailles 13B, 1212

Etudes en médecine: Genève

Après les études de médecins finalisées à Genève, elle a débuté une demi formation de radiologue (entre la Suisse et Paris, comme interne) puis terminé une formation de médecine générale avant de démarrer une spécialisation en psychiatrie avec un accent sur les thérapies cognitivo-comportementale et systémique. A noter une sensibilisation à l'approche du groupe de médecine palliative et des activités bénévoles dans les structures humanitaires au cours des dix dernières années.

Diplôme fédéral: 1989

Docteur en médecine: 1996

Droit de pratique: 2000

FMH en médecine générale

FMH en psychiatrie et psychothérapie



Mme Dr Maria de los Angeles GUERRERO BRATSCHI,

Originaire de Suisse et Argentine, 1964

Domicile privé: av. Théodore Flournoy 6, 1207

Etudes en médecine: Buenos-Aires et Genève

A effectué ses stages dans le Service du développement mental, Centre de thérapie brève, Consultation des Eaux-Vives, Secteur intra-hospitalier à la Clinique de Psychiatrie I aux HUG, Unité d'alcoologie Polyclinique de médecine, Guidance infantile et cours de psychiatrie à des médecins à Sarajevo. De 96 à 98, cheffe de clinique à la Clinique de psychiatrie I et dès 2001 cheffe de clin. adj. Unité de Psychiatrie de liaison, Clinique d'accueil et d'urgence psychiatrique.

Diplôme de médecin: 1988 (Buenos-Aires)

Diplôme fédéral: 02

Droit de pratique: 2002



Dr Denis JAQUES,

Originaire de Neuchâtel, 1964

Adresse prof.: av. Wendt 57, 1203

Domicile privé: r. de Carouge 8, 1205

Etudes en médecine: Genève

A effectué ses stages en service de chirurgie et médecine interne à l'Hôpital des Cadolles à Neuchâtel, Clinique de Médecine I, Clinique de Dermatologie, Division d'Immuno-allergologie aux HUG.

Diplôme fédéral: 1993

Docteur en médecine: 2001

Droit de pratique: 1999

FMH en médecine interne

FMH en allergologie et immunologie clinique



Dr Enrico MANZOCCHI,

Originaire du Tessin, 1954

Adresse prof.: av. Henri Dunand 11, 1205

Domicile privé: av. Eugène-Pittard 1, 1206

Etudes en médecine: Berne

A effectué ses stages en Médecine Interne à Lugano, en Psychiatrie à Fribourg, Service de Psychiatrie Gériatrique aux IUG, Division de Psychiatrie et de Psychologie Médicale aux HUG, Clinique de Psychiatrie Gériatrique, chef de clinique adjoint puis chef de clinique, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: unité hospitalière «Les Lilas».

Diplôme fédéral: 1981

Droit de pratique: 1995

Spécialiste en Psychiatrie et Psychothérapie



Mme Dr Helen Mc ARDLE KNEUSS,

Originaire de Genève, 1964

Adresse prof.: rue de la Fontenette 23, 1227

Domicile privé: ch. des Mésanges 7, 1225

Etudes en médecine: Genève

Ancien médecin assistant en médecin interne de l'Hôpital de gériatrie, de la Policlinique de Gériatrie (90-92), de l'Unité de psychiatrie de liaison en psychiatrie adulte (92-94), de la Division de médecine communautaire en médecine interne (94-96), du Service Médico-Pédagogique en pédopsychiatrie (96-99), cheffe de clin. adj. (99-02), puis cheffe de clin.

Diplôme fédéral: 1990

Droit de pratique: 1996

FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

**Dr Richard NOVELLO,**

Originaire de Genève, 1949

Adresse prof.: Centre ENVOL, r. Ernest-Bloch 56, 1207

Domicile privé: av. des Amazones 10, 1224

Etudes en médecine: Genève

A effectué ses stages en neurochirurgie, chirurgie générale aux HUG, Neuropathologie à l'Institut de pathologie de Genève, Morphologie au CMU, Réadaptation cardio-vasculaire au Centre Jurassien, Hôpital de Loëx, Division d'alcoologie, Clinique Genevoise de Montana, Clinique de psychiatrie adulte, CTB Pâquis, Clinique de psychiatrie gériatrique. Chef de clin., adj. Unité d'accueil et Unités Alzheimer puis chef de clin. Unités Alzheimer et Liaison.

Diplôme fédéral: 1977

Docteur en médecine: 1986

Droit de pratique: 2002

**Mme Begonia PENALOSA,**

Originaire d'Espagne, 1954

Domicile privé: ch. Champ d'Anier 15, 1209

Etudes en médecine: St-Jacques de Compostelle (Espagne)

A effectué ses stages en pédiatrie en Belgique, Génétique Médical à Genève, Déficience Mentale aux IUPG, Consultation Jonction, Division de Médecine psychosomatique. De 91 à 93, cheffe de clin et dès 93 médecin associée psychiatrie de liaison.

Diplôme de médecin: 1976 (Espagne)

Diplôme fédéral: 2002

Droit de pratique: 2002

Spécialiste en Psychiatrie et Psychothérapie (reconnaissance QUE)



"Peut-on gérer l'incertitude médicale ?"

Berne, le 14 novembre 2002

Lieu de la manifestation:

Hôtel Schweirhof - Bahnhofplatz 11 - 3011 Berne

Inscription jusqu'au 31 octobre 2002:

Five Office Ltd, Wetzikon

echo@five.ch

Fax: 01 932 31 32

Dr David PERRIARD,

Originaire de Genève, 1963

Adresse prof.: r. de la Terrassière 58, 1207

Domicile privé: ch. Frank-Thomas 54, 1208

Etudes en médecine: Genève

Formation post-graduée à Délémont (3 ans) puis à Genève (5 ans). Urgences à domicile avec SOS Médecins (4 ans)

Diplôme fédéral: 1990

Docteur en médecine: 1999

Droit de pratique: 1998

FMH en médecine générale

**Mme le Dr Dominique PIROUE-TOURTELLOTTE,**

Originaire de Suisse, 1956

Adresse prof.: r. Marignac 5, 1206

Domicile privé: r. du Nant 7, 1207

Etudes en médecine: Genève

A effectué ses stages en psychiatrie I, pédopsychiatrie, aux IUPG, Guidance infantile, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Service Médico-pédagogique, en médecine interne à l'Hôpital de la Béroche, médecin consultant au Service Santé de la Jeunesse de 94 à 95.

Diplôme fédéral: 1986

Docteur en médecine: 1996

Droit de pratique: 2002

FMH en psychiatrie et psychothérapie adultes, et psychiatrie et psychothérapie enfants et adolescents

**Mme Dr Patricia SIMIONI-BENZAQUEN,**

Originaire de Suisse, 1966

Adresse prof.: r. du Vieux-Collège 4, 1204

Domicile privé: ch. Aloys-Pictet 29, 1234

Etudes en médecine: Bruxelles

Médecin-assistant de 1992 à 1995 puis médecin chef de clinique de 1995 à 1996 en Psychiatrie Adulte (HUG), médecin assistant en Médecine Interne (HOGER) de 1996 à 1997, médecin assistant de 1997 à 2000 puis médecin chef de clinique de 2000 à 2002 en Psychiatrie de l'adolescent (SMP).

Diplôme fédéral: 2002

Droit de pratique: 2002

FMH en Psychiatrie et Psychothérapie

**Mme le Dr Corinne STRUBIN-RORDORF,**

Originaire du Tessin, 1963

Adresse prof.: r. Albert-Gos 5, 1206

Domicile privé: r. de Veyrier 6, 1227

A effectué ses stages à la Division spéciale de Neuropsychologie service de Neuro-chirurgie au CHUV, Psychiatrie adulte CTB Secteur Jonction et dès 92, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Guidance infantile aux HUG (chef de clin. adj. et cheffe de clin.).

Diplôme fédéral: 1989

Droit de pratique: 2000

Psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent



Projet de la caisse-maladie Helsana pour l'évaluation des cabinets médicaux par les patientes et les patients

La Société Suisse de Médecine Générale est indignée par la dernière initiative de la caisse-maladie Helsana, qui vise à faire évaluer la qualité du travail effectué dans 220 cabinets médicaux au moyen d'un questionnaire expédié aux malades.

Il se trouve que les membres de la SSMG utilisent eux-mêmes cette méthode d'évaluation depuis des années, et nous n'avons donc pas l'habitude de cacher de ce que les patient-es pensent de notre travail.

Mais pour connaître ces questionnaires, justement, nous savons combien les résultats en sont délicats à interpréter. Cela exige de grandes séries, plus du double en tout cas que les 220 cabinets retenus. Et il faut être extrêmement attentif à la re-

présentativité de l'échantillon des patient-es qui répondent - en l'occurrence, il est à craindre que seuls les enthousiastes ou les déçus du médecin participent, et ça n'est pas le tirage au sort de «week-ends santé» pour les participant-es (on aura tout vu !) qui changera quelque chose à cela ...

Il est par ailleurs inadmissible pour nous qu'un groupement directement impliqué dans le financement des soins s'imisce de cette manière dans la relation entre le patient et le médecin, en accumulant des données évidemment importantes mais totalement subjectives, touchant notamment à la personnalité des médecins.

Cela est d'autant plus révoltant qu'il y a là-dedans, de la part d'Helsana, le projet d'éliminer 20% des médecins actuellement

en activité en Suisse, et aussi un tenace préjugé contre notre profession.

Comme il est prévu que nous devons payer Fr 270.- pour savoir comment nous aurons été notés (!), nous ne manquerons pas de soumettre cette démarche au Préposé à la protection des données.

Société Suisse de Médecine Générale

Contact:

Docteur Jacques de Haller
Président
Rue Dancet 37 - 1205 Genève
Tél. 022 329 20 00
Fax: 022 320 05 42
jdehaller@bluewin.ch

Service privé de psychiatrie de liaison

Le groupe des psychiatres a le plaisir de vous annoncer la mise en place d'une nouvelle structure qui devrait permettre de mieux répondre à la demande de prise en charge des affections psychiatriques dès le 21 octobre 2002.

Après quelques années de fonctionnement du service des rendez-vous rapides, nous avons constaté que le nombre des appels des patients dépassent largement les disponibilités des psychiatres et qu'il est illusoire de répondre à toutes les demandes. Nous avons donc décidé d'abandonner ce service.

Conscients de la difficulté de nos collègues généralistes, internistes et pédiatres à trouver un psychiatre disponible pour leurs patients, nous avons mis en place un service de psychiatrie de liaison en pratique privée. Concrètement, le médecin traitant peut téléphoner à une centrale de 8h. à 19 h.

tél. No 022 869 47 37

qui transmettra leur demande aux psychiatres et pédopsychiatres qui participent à ce service. Un psychiatre rappellera directement le médecin traitant.

Grâce à ce service, le médecin traitant peut obtenir de la part du psychiatre de liaison un conseil ou une évaluation psychiatrique sans obligation d'une prise en charge à moyen et long terme. Nous espérons ainsi vous donner une réponse satisfaisante et éviter la recherche parfois difficile d'un psychiatre disponible.

Pour le Groupe des Psychiatres de l'AMG:
Dr N. Apro (Présidente du groupe)
Dr. L. Jacot Des Combes

Mais que pense l'AMG ... ?

C'est la question qui nous est souvent posée: que pense l'AMG ? Que propose le corps médical ?

Cette question, ce sont les parlementaires, des responsables de diverses associations, ainsi que - parfois - des représentants d'assureurs qui nous la posent à propos des remèdes à apporter au système de l'assurance-maladie. L'AMG pense - n'en déplaise à d'aucuns - mais elle estime qu'il ne lui appartient pas de proposer des solutions dans des domaines politiques, économiques ou financiers que l'ensemble de ses membres ne maîtrisent pas. Cette position, confirmée par une réunion spéciale du Conseil de l'AMG, qui a eu lieu le 20 septembre, ne relève ni de l'attentisme, ni d'une prudence exagérée et encore moins d'une lâcheté vis-à-vis des problèmes qui se posent.

La position a été cette fois clairement définie: l'AMG n'a pas à proposer telle ou telle solution concernant le financement des coûts de la santé. Ce n'est pas à elle de déterminer si les primes doivent être payées en fonction du revenu ou si la franchise doit être maintenue à Frs. 230.- ou portée à Frs 1'500.- de façon obligatoire. De telles positions n'obtiendraient jamais l'unanimité tant du Conseil que de l'Assemblée générale. En effet, les 1875 médecins regroupés au sein de l'AMG se partagent l'entier de l'échiquier politique,

de la gauche la plus dure à la droite la plus libérale. Les diverses tendances se retrouvent bien entendu au sein de tous les organes de décision de notre Association. Or, une saine coutume, ne reposant sur aucune disposition statutaire prévoit que lorsqu'une décision ne parvient pas à dégager une très forte majorité, voire l'unanimité de ses membres, ou préfère y renoncer ou y surseoir.

Il ne nous appartient donc pas de tomber dans ce piège d'une division supplémentaire du corps médical face à l'opinion publique.

Le médecin est un acteur du système de santé, et il est là pour s'acquitter de son art: diagnostiquer, soigner et accompagner. Certes, il a une responsabilité supplémentaire dans la mesure où il induit à charge des assureurs-maladie les frais directs de sa propre pratique, mais également un nombre important de frais indirects chaque fois qu'il établit une prescription. C'est donc sur ces deux axes qu'il va s'atteler à travailler en parfaite cohésion et collaboration avec son patient.

Le médecin, on l'a dit plus haut, n'est qu'un acteur du domaine de la santé. Il n'en est pas le metteur en scène. Ce dernier rôle appartient au pouvoir politique, celui-ci doit assumer cette responsabilité. Lorsqu'il ne le fait pas et qu'il transmet toute ou partie de ses compétences à un acteur du domaine de la santé - on l'a vu avec les assureurs - cela ne peut provoquer que des tensions et des déséquilibres

dans le paysage de la santé. Ainsi, les pouvoirs démesurés que la LAMal a délégués aux assureurs les mettent en position d'exiger la fin de l'obligation de contracter, ce qui les a certainement mis en appétit pour ensuite proposer que les personnes âgées paient des primes supplémentaires en raison des coûts qu'elles engendrent. Cela montre bien que les délégations de compétence doivent se faire de façon prudente, respecter des règles strictes et permettre un contrôle sans faille. C'est ce qui ne s'est pas réalisé dans le cadre de la LAMal qui, seule assurance sociale à devoir se plier à des règles de concurrence entre assureurs, entre prescripteurs, met à mal tout notre système de solidarité. Celui-ci n'est pourtant contesté dans aucune de nos autres assurances sociales.

Il faut rapidement - et le changement de Conseiller Fédéral sera peut-être une bonne occasion - que le pouvoir politique reprenne la direction des opérations et rappelle aux différents partenaires quels sont leurs droits mais aussi leurs obligations. Ce sera l'occasion aussi de redonner confiance à la population, confiance bien entamée à l'occasion de quelques récentes billevesées comme Swissair ou la baisse du taux de rendement du 2ème pilier...

J.-M. Guinchard

Ouvrez les yeux !

A la litanie des hausses de primes d'assurance-maladie se joint cet automne le «bilan» social de Ruth Dreifuss. Alors, je vous vois fulminer, puis rentrer la tête dans les épaules, humiliés d'être une fois de plus exposés à la vindicte populaire parce ce que vous êtes incapables d'enrayer ladite «explosion» des coûts. Eh oui! Votre fibre éthique vous culpabilise. A moins que, très sûr de votre innocence, vous n'ayez déjà trouvé d'autres responsables: ces collègues cupides et peu compétents, ces patients désobéissants qui consultent dix docteurs différents, ces assureurs toujours plus pervers, l'Etat qui nous prépare un nouveau coup...

Mais avez-vous mis votre nez dans les statistiques des assurances sociales? Voyez: en 1990, la «maladie et les soins de santé» absorbaient 27,7% de l'ensemble des prestations des assurances sociales contre 45,9% pour la vieillesse. En 1998, la santé a passé à 23,8%, presque quatre pourcents de moins. Intéressant, n'est-ce pas ?

Regardez ensuite comment les dépenses ont progressé de 1990 à 1998: +68,8% pour l'ensemble des assurances sociales alors que l'indice des prix à la consommation n'a pris que +18,5%. Madame Dreifuss ne mérite donc que des éloges! Voyez plutôt:

progression des prestations de 1990 à 1998

total des assurances sociales suisses	+68,8%
maladie et soins de santé	+44,7%
dont: assurance-maladie obligatoire	+61,9%
contributions publiques au système de santé	+16,4%
invalidité	+100,5%
vieillesse	+62,3%
chômage	+1053,2%

Pourquoi s'acharner donc sur la santé, au demeurant bon élève? Parce que le système de financement permet, par le jeu des primes, de terroriser le citoyen ignorant, ce qui est bien difficile pour les autres assurances sociales. Dans l'ensemble, elles tirent surtout leurs ressources de cotisations basées sur les revenus et de la TVA. Seule l'assurance-maladie repose principalement sur des primes par tête, ce qui la rend de moins en moins supportable. Avant d'inventer un nouveau système boiteux, nos parlementaires ne pourraient-ils raisonnablement envisager pour l'assurance-maladie la recette de l'AVS? D'ailleurs, l'unité de calcul dans la prévision des besoins financiers est le point de TVA. Les besoins financiers projetés sont ainsi les suivants:

<i>besoins financiers</i>	2000	2010	2025
total des assurances soc.	29,5	33,0	38,5
AVS	11,1	12,3	15,4
AI	3,5	4,1	4,4
assurance-maladie	6,4	7,9	9,9

besoins chiffrés en points de TVA

Il faudrait par ailleurs ne charger l'assurance-maladie que des soins consécutifs à la maladie. Or la dépendance du grand âge n'est pas en soi une maladie. Les frais de pension en EMS ont pourtant été mis en partie à la charge de l'assurance-maladie. C'est sans doute normal dans une cuisine fédérale où les taxes sur le tabac alimentent les caisses de l'AVS. Or chacun sait que les fumeurs vivent moins longtemps...

On n'en est pas à un paradoxe près.

Dr P-A.Schneider

réf.: *Annuaire statistique de la Suisse 2001.*

L'Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne et les Universités de Genève, Lausanne et Neuchâtel organisent une formation postgraduée en

ingénierie biomédicale

du 3 mars au 26 septembre 2003

L'**objectif** est de former des spécialistes capables de concevoir, d'analyser et d'utiliser des méthodes d'investigation modernes au service de la médecine et de la biologie.

Cette **formation** à plein temps s'adresse aux titulaires d'un diplôme d'ingénieur EPF, d'un diplôme de médecin, d'une licence universitaire en sciences et aux personnes au bénéfice d'une formation jugée équivalente.

Les *participants* recevront une formation en *biomatériaux - ingénierie tissulaire - organes artificiels - biomécanique - hémodynamique - imagerie médicale - analyse de signaux biologiques - imagerie cellulaire*, suivie d'un travail personnel de recherche.

Informations:

Laboratoire de biophysique et biomécanique cellulaire

EPFL - Bâtiment SG-AA.B, 1015 Lausanne

Tél. 021-693.83.45, fax 021-693.83.05, e-mail : tamina.samararatne@epfl.ch

<http://biomed.epfl.ch/postgrade>

Communication de l'Association des Diététiciennes

L'Antenne des Diététiciens genevois (ADiGe) vous informe sur...
«**LA PRESCRIPTION DIÉTÉTIQUE**» (PD) (selon l'art 9b OPAS)

Depuis le 1.7.1997, la PD est un document indispensable pour le remboursement des consultations effectuées par les diététicien(ne)s diplômé(e)s.

La version définitive (voir page 16) est agréée par la FMH et par santésuisse.

Comment optimiser l'utilisation de la PD ?

Les médecins pourraient avoir des PD en réserve et faire en sorte que leurs patients se présentent à la première consultation diététique en possession de la PD. Ainsi le document serait plus rapidement soumis à l'approbation de l'assurance.

Comment se procurer la PD ?

Pour la Suisse romande :

- a) auprès du diététicien ou de la diététicienne collaborant (e)
- b) auprès de
Association suisse des Diététiciens diplômés (ASDD)
8 Oberstadt, Postfach - 6204 Sempach-Stadt
Tél: 041 462 70 66 - Fax : 041 462 70 61
e-mail: service a svde-asdd.ch
site : www.svde-asdd.ch

Pour le canton de Genève :

- Auprès de a) et b)
- c) en contactant l'Antenne des Diététiciens genevois (ADiGe) le mercredi de 17 à 19 heures lors de la permanence assurée par un(e) diététicien(ne) à l'Arcade du Carrefour prévention, 5 rue Henri-Christiné; téléphone : 022 321 00 11 (Planning suivant les vacances scolaires genevoises)

Comment remplir les «rubriques» de la PD (voir P.16)

- «Données personnelles» (nom, adresse, etc.. du patient)
- Cocher s'il s'agit de «maladie», «accident» ou «invalidité»
- «Nombre de consultations»: une prescription équivaut à 6 consultations.
- «Signature du médecin»: celui-ci inscrit son adresse (timbre), signe et date.
- «Maladie» : cocher un ou plusieurs des sept points remboursés
Dans le cadre de l'obésité: le remboursement est valable, si l'IMC > 30 est associé à une pathologie comme le diabète, dyslipidémie, etc., ou que la demande est justifiée par le médecin (par exemple: dorsalgies)
Il semble qu'un BMI > 35 ne pose pas de problème de remboursement.
Les assurances demandent souvent le BMI, il peut être utile de l'ajouter à côté de la rubrique «obésité».
- «A l'attention de la diététicienne» : le médecin peut s'il a des informations à communiquer au diététicien inscrire les médicaments, résultats d'analyses, etc..
Ces données ne sont pas transmises à l'assurance maladie.
- «Rapport concernant le déroulement de la consultation»: le médecin peut cocher s'il désire le recevoir «par écrit» ou «par téléphone». S'il ne désire aucun rapport, il ne coche rien.

Nadine Maisonneuve
Diététicienne diplômée
Présidente de l'ADiGe
membres de l'Association Suisse des Diététiciens/iennes diplômé(e)s (ASDD)

Véronique CONCONI
Diététicienne diplômée
Membre de l'ADiGe

ADiGe - Antenne des Diététiciens genevois
Carrefour Prévention
rue Henri-Christiné 5, case postale 567, 1211 Genève 4
Tél: (022) 321 00 11

Permanences : le mercredi de 17 à 19 heures



Y a-t-il encore une place pour le traitement hormonal de substitution ?

«Les nouveaux risques du traitement de la ménopause», «Contre la ménopause, la fontaine de jouvence faiblit», «Gynécologues privés du produit miracle».

Que de titres cinglants dans la presse depuis l'annonce du 9 juillet dernier, par le NIH américain, de l'arrêt d'un des bras de l'étude Women's Health Initiative (WHI). Bras qui concernait le groupe sous traitement hormonal de substitution (THS) associant un oestrogène équin avec de l'acétate de médroxyprogestérone.

Arrêt, en raison du bilan intermédiaire à 5 ans, mettant en évidence un rapport bénéfice-risque négatif pour le groupe de patientes sous oestro-progestatif.

L'analyse des résultats est quelque peu étonnant:

- relation cancer du sein - THS : l'augmentation de fréquence observée est objectivée par un risque relatif (RR) à 1,26. Soit 8 cas/10'000 femmes-année ou encore une différence entre les deux groupes de 0,42 % en cinq ans ! Si l'on exclut de ces chiffres les patientes ayant antérieurement pris un THS, le risque relatif tombe à 1,06 ! Ces résultats sont donc meilleurs ou au pire conforme à la méta-analyse d'Oxford publiée en 1997 qui avait déjà été à l'origine de nombreux articles.
- risque d'embolie pulmonaire : il est augmenté avec un RR à 2,13, soit 2,15 % entre les deux groupes, ce qui est conforme à la majorité des études précédentes. Un tel risque, d'ailleurs, n'avait pas empêché dans le passé des comités scientifiques, d'inclure des patientes dans des études de type prévention du cancer par le Tamoxifène. Le risque absolu est faible puisqu'il est de 8

cas supplémentaires pour 10'000 femmes-année.

- relation maladie cardio-vasculaire-THS: voilà l'objectif principal de l'étude WHI. Une protection cardio-vasculaire en prévention primaire. La déception est de taille. En effet, une augmentation du RR à 1,29, soit 7 cas supplémentaires/10'000 femmes-année, ce qui représente 0,4 % de différence. Il en est de même pour le risque d'accident vasculaire cérébral avec un risque relatif de 1,41 soit 8 cas supplémentaires/10'000 femmes-année, ou encore 0,45% d'augmentation.

Il est important de noter que ces événements cardiovasculaires surviennent dans les premières années du traitement. Ce qui a été déjà affirmé dans des études conséquentes comme la Nurse Health Study (NHS) et la HERS.

L'âge semble être la clé au problème. Dans la NHS, les patientes étaient plus jeunes (30-55 ans) au début du traitement. Il est possible que les artères de ces patientes répondent différemment aux oestrogènes et à la progestérone en fonction de l'âge (effet initial pro-inflammatoire). Ceci expliquerait les différences de protection selon le type d'étude, d'observation ou prospective. En ce qui concerne l'ensemble de la mortalité, il n'y a pas de différence dans les deux groupes puisqu'on retrouve un chiffre de RR à 0,98.

- Certains bénéfices du THS sont pour la première fois prouvés et ceci avec un groupe important de patientes. Diminution du cancer du côlon : RR 0,63 soit 6 cas/10'000 femmes-année et diminution de la fréquence des fractures du col du fémur : RR 0,66 soit 5 cas/10'000 femmes-année.

Commentaires:

J'éviterai le piège d'une récente présentation au colloque du mardi à l'Hôpital cantonal, «calculs d'épiciers» et prétendu «manque d'esprit critique» des confrères sollicités de toute part depuis ce mini tremblement de terre de juillet. Relayée par la récente émission "A Bon Entendeur".

Mais, depuis plus de 15 ans, l'observateur attentif des humeurs changeantes du THS que je suis s'étonne des lectures superficielles, voire partisans des articles scientifiques que font certains.

Revenons à nos patientes américaines «en bonne santé» concernées par cette étude: Leur âge : âge moyen 63 ans. Soit 66,6 % de patiente qui ont plus de 60 ans et 21 % qui ont plus de 70 ans ! Nous sommes bien loin de l'instauration du THS en pratique courante qui, par exemple pour la région genevoise, se situe aux environs de 52 ans (données du bus santé des femmes). Mais nous sommes plus près de l'âge moyen d'apparition des maladies cardiovasculaires, voire du cancer du sein, ceci sur la base des registres de santé.

Leur obésité : plus des 2/3 présentent une surcharge pondérale.

35,3 % des femmes sous THS avaient un BMI supérieur à 26 et 34,2 % supérieur à 30 !. Dans la méta-analyse d'Oxford de 1997, le risque du cancer du sein augmentait de 3,1 % chaque fois que le BMI augmentait de un point.

Enfin l'hypertension : 35 % des femmes incluses étaient sous traitement anti-hypertenseur et 6 % d'entre elles prenaient des statines.

Deux éléments à rappeler:

L'étude WHI oestrogènes seuls (10'700 femmes encore incluses) se poursuit, les différences statistiques actuelles entre les deux groupes étant insuffisantes pour l'arrêter.



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

MEDICALBIP

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

Tél. 320 20 35

L'étude anglaise (WISDOM) concernant le même THS se poursuit dans tous les groupes inclus. Le comité de surveillance européen pense en effet que les réponses de l'étude WHI ne sont pas sans équivoque et qu'il reste de nombreuses incertitudes.

Conclusion:

Quelques principes... qui devraient toujours nous habiter.

1. Le THS reste un médicament avec des indications et des contre-indications. Il n'est pas une obligation mais un choix personnel, adapté à chaque femme.
2. Le THS reste le meilleur traitement pour la prise en charge des troubles climatériques, son efficacité est scientifiquement mesurable.
3. Le THS a maintenant parfaitement sa place dans la prévention de l'ostéoporose.
4. Le THS utilisé dans les études WHI et HERS ne doit pas être prescrit chez une patiente présentant un risque d'atteinte cardiovasculaire.

Beaucoup de chemin reste à faire concernant d'autres produits, d'autres doses. Une étude sur une cohorte de 100'000 femmes européennes, baptisées E3N, est en cours avec des produits type 17B-oestradiol et progestérone.

Dans l'attente de nouveaux résultats, il convient de réévaluer régulièrement les risques-bénéfices du traitement.

Au-delà de toute polémique et de toute dramatisation. ■

Docteur Frank LUZUY

Gynécologue-obstétricien, spécialiste FMH
 Chargé d'enseignement auprès
 de la Faculté de Médecine de Genève
 57, rue du Rhône - 1204 Genève
 Tél. 022.312.30.60- Fax. 022.312.30.15
 E-mail : f.luzuy@deckpoint.ch

Manifeste des médecins suisses pour un système de santé solidaire (MSSS) Version française

La santé n'est pas une marchandise - Pour un système de santé de qualité et financé équitablement.

Accès pour tous

Ces cinq dernières années les coûts de la santé n'ont pas augmenté plus massivement que le produit intérieur brut (PIB), et se sont même stabilisés à 10,7 % du PIB. Pourtant, le désengagement des pouvoirs publics dans le financement a conduit à l'explosion des primes des caisses maladie.

Dans les hôpitaux et les EMS, la pression économique conduit à des conditions de travail précaires et à la réduction des prestations médicales et paramédicales. « Le porte-monnaie » décide le plus souvent de l'accès aux soins.

Pourtant, la santé n'est pas une marchandise, mais un bien indispensable à la réalisation des buts de vie.

Par la ratification du pacte 2 de l'ONU concernant les droits sociaux et culturels, la Suisse reconnaît le droit à la santé pour toutes et tous. Ce droit vaut également pour les Sans-papiers ; il n'est pas éthique de les exclure des soins médicaux de bases.

Financement équitable

Environ 2/3 des coûts de la santé sont payés par les ménages, en grande partie par les primes par tête. Il n'existe pas d'assurance sociale en ce qui concerne la médecine dentaire. Ce système de financement antisocial de l'assurance de base obligatoire fait que des couches de plus en plus larges de la population ont de la peine à payer les primes de caisses-maladie et les soins dentaires.

Un financement équitable n'est possible que par des primes calculées selon le revenu et la fortune.

A cause des primes par tête, les charges des familles avec enfant ont pris des proportions telles que, d'après les informations de l'OFAS, 25% des familles dépendent des subventions pour pouvoir payer leurs primes.

Comme mesure immédiate, il faut :

- supprimer les primes pour enfants
- astreindre les cantons à utiliser entièrement les subsides fédéraux
- rendre obligatoire l'assurance perte de gains.

Conditions de travail

Des conditions de travail et une rémunération convenables des prestataires de soins employés et indépendants est la condition pour un système de santé de qualité. Un personnel stressé conduit à une perte de la qualité de vie des patients et des patientes, des médecins assistés exténués sont un risque pour la sécurité.

Qualité pour toutes et tous - contre une médecine à deux vitesses et contre le rationnement

Nous sommes pour le maintien d'un large catalogue de prestations dans l'assurance de base.

Il devrait être complété par la médecine dentaire et par les psychothérapies non-médicales. La diminution des prestations médicales de base au profit des assurances complémentaires conduit à une médecine à deux vitesses. Laisser aux caisses-maladie le choix des médecins, c'est ériger en norme une «médecine-minute».



Il est inadmissible de réserver aux assurés les plus aisés la possibilité d'accéder, par des assurances complémentaires garantissant le libre choix du médecin, à une médecine qui tient compte des facteurs psychosociaux et qui est par conséquent plus chronophage. C'est pourquoi le libre choix des médecins dans les soins de base ambulatoires doit subsister ; nous sommes contre la suppression de l'obligation de contracter.

Nous défendons un service public de haute qualité pour la santé publique.

Le retrait de l'Etat du financement direct et de la conduite des hôpitaux publics (autonomie, privatisation) est un danger pour les soins de base de la population ; il faut craindre que à la suite de la primauté de la rentabilité, les prestations médicales de qualité seront pratiquées d'après le pouvoir d'achat des patient-es en passant par l'augmentation des assurances complémentaires. Nous rejetons donc tout rationnement : refuser des prestations médicales nécessaires et utiles pour des raisons économiques est une attaque à la représentation fondamentale d'une société de justice et d'égalité des chances. Pour ce faire, nous nous basons sur la nouvelle Constitution fédérale qui à l'article 41 rejette implicitement le rationnement dans le système de santé.

ASSG ÄrztInnen für Solidarität im
S c h w e i z e r i s c h e n
Gesundheitswesen

MSSS Médecins pour un Système de
Santé Solidaire

Medici per un Sistema di Salute
Solidale

Postfach 2309, 8031 Zürich

assg@assg.ch/msss@msss.ch

Organisations de soutien:

Schweizerische Gesellschaft für ein
Soziales Gesundheitswesen (SGSG), Basel
Septembre Blanc, Genève

Vereinigung Unabhängiger AerztInnen
(VUA), Zürich

Premiers-ères signataires:

Aufdereggen Bernhard, Médecin Généraliste, Visp; Bernath Reiner, Médecin Généraliste, Solothurn; Bischoff Gian, Médecin assistant à la Clinique Universitaire de Pédiatrie, Zürich; Briner David, Médecin Psychiatre et Psychothérapeute, Zürich; Carobbio Marina, Médecin Généraliste, Lumino; Chalier Michel, Médecin chef de clinique en Anesthésiologie Hôpital Universitaire, Genève; Cléménçon Suzanne, Médecin Interniste, Onex-Genève; Gelzer Daniel, Médecin Généraliste, Basel; Ghielmini Michele, Médecin Interniste, Lugano; Godinat Gilles, Médecin Psychiatre et Psychothérapeute, Genève; Haemmerle Patrick, Médecin Pédopsychiatre et Psychothérapeute; Herrmann Martin, Médecin Chirurgien, Onex-Genève; Jeger Cyrill, Médecin Généraliste, Olten; Jordi Christian, Médecin Généraliste,

Zürich; Kondo Oesterreicher Mitsuko, Médecin Interniste, Genève; Loutan Guy, Médecin Homéopathe, Genève-Thônex; Maggi Bruno, Médecin Généraliste, Zürich; Marion-Waehlti Marie-Claire, Médecin Généraliste, Genève; Mascarin Ruth, Médecin Généraliste, Basel; Mattmann Peter, Médecin Généraliste, Kriens; Moser-Stadelmann Toni, Médecin Interniste, Bürglen; Muheim Georges, Médecin, Fribourg; Nosedà Giorgio, Médecin Interniste, Mendrisio; Riedtmann-Klee Joggi, Médecin Chirurgien, Horgen; Sagnières Claire, Médecin Interniste, Onex-Genève; Schlatter Gentinetta Christina, Médecin assistante en Gynécologie Hôpital Universitaire, Zürich; Schwank Alex, Médecin Interniste, Basel; Sessa Christiana, Médecin cheffe Hôpital S.Giovanni, Bellinzona; Tapernoux Felix, Médecin Généraliste, Rüti/ZH; Thomé Françoise, Médecin Interniste, Genève; Trepp Mathias, Médecin Généraliste, Chur; Vollenweider Marc, Médecin Interniste, Genève; Wimmersberger Alain, Médecin pour les Enfants et les Adolescents, Visp; Winizki David, Médecin Généraliste, Zürich; Zuppinger Bettina, Médecin pour les Enfants et les Adolescents, Zürich.

Pour joindre votre signature, envoyez votre nom, titre et adresse par courrier à:

ASSG

Postfach 2309, 8031 Zürich

ou par e-mail à

assg@assg.ch ou msss@msss.ch

PUBLICITÉ



**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