

Association des Médecins du Canton de Genève

## Sommaire

Editorial	1
Siné qua non	2-3
Assistance au suicide	4-6
Registre genevois des tumeurs	7
Caisse unique et sociale	8
Politique professionnelle	8
Candidatures	9-10
Mutations	10-11
Petites annonces	11
Agenda	11

## Assistance au suicide : le débat

En 1995, l'Académie suisse des Sciences médicales affirmait que l'assistance au suicide n'était pas un acte médical. En 2004, reconnaissant l'évolution des mœurs et l'affirmation de la primauté de l'individu, elle maintient cette affirmation en la nuancant : «le respect de la volonté du patient peut amener un médecin, dans des situations exceptionnelles, à accepter, après une décision morale personnelle, d'apporter une aide au suicide à un patient»

Dans ce numéro, vous trouverez les recommandations du Conseil d'Éthique clinique des HUG, un document remarquable qui reconnaît la nécessité pour un établissement public de reconnaître la pluralité des opinions mais affirme aussi la nécessité de séparer strictement l'activité thérapeutique de l'activité d'assistance au suicide et de respecter la clause de conscience des intervenants.

En médecine ambulatoire, il n'est pas possible de séparer ainsi les activités du médecin qui, dans les limites de son éthique professionnelle et des lois, accompagne souvent son patient jusqu'à la mort, qui consi-

dère celle-ci comme un échec, mais aussi comme l'aboutissement inéluctable de la maladie et la fin des souffrances. Au cours des années, une relation très forte de confiance s'est établie et le malade peut exprimer sa volonté d'être aidé à mourir par celui qui l'a aidé à vivre, à défaut par une association d'aide au suicide.

Le médecin se demande alors «suis-je au service de la vie? À celui de mon patient? Puis-je seul décider d'accorder ce qui m'est demandé? Est-ce que je ne risque pas d'être victime de désirs inconscients de toute-puissance? Puis-je encourir le risque que l'entourage du défunt, souvent ambivalent, me reproche ma conduite? Dois-je collaborer avec EXIT, et comment?»

Un groupe de travail de l'AMG a été constitué pour élaborer ces questions. Il comprend des représentants du Groupe Genevois des Praticiens en Soins Palliatifs. Il présentera son travail en décembre au Conseil qui décidera alors s'il doit à son tour émettre des recommandations de bonne pratique professionnelle.

Dr Pierre Beck



ÄRZTEKASSE



CAISSE DES MÉDECINS

CASSA DEI MEDICI

Tout devient simple ...

avec la Caisse des Médecins comme partenaire

CAISSE DES MÉDECINS ROMANDIE

Route de Jussy 29 · Case postale 316 · 1226 Thônex

Tél. 022 869 45 50 · Fax 022 869 45 07

direction04@caisse-des-medecins.ch · www.caisse-des-medecins.ch

# SINE QUA NON

Bulletin trimestriel de la Permanence juridique  
sur l'assurance-maladie et accidents du  
Bureau Central d'Aide Sociale

*« Un million d'assurés change de caisse-maladie  
en automne et moi et moi et moi.... »*

## Du nouveau pour les assurés débiteurs

**Un des corollaires du régime d'affiliation obligatoire instauré en 1996 par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est la possibilité de changer d'assureur maladie.**

Ceci, sans risque de perte de droit quels que soient votre âge, votre état de santé et même si vous êtes enceinte ou en cours de traitement ... sous réserve toutefois du respect des conditions de résiliation de votre contrat (1).

Considéré comme un instrument de maîtrise des coûts de la santé, ce changement est même encouragé dans l'espoir désespéré d'un nivellement vers le bas du montant des primes.

Or, dix ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, le montant des primes impayées augmente dans la même proportion que les primes elles-mêmes : entre 300 et 400 millions de francs de primes non encaissées par an selon les représentants des assurances suisses !

**D'où une modification de la LAMal qui est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006 et qui rend la vie beaucoup plus rude aux assurés débiteurs, qu'ils soient mauvais payeurs ou en difficulté financière : l'interdiction de changer d'assureur assortie de la suspension des prestations d'assurance.**

### 1. L'interdiction de changer d'assureur

La teneur de l'alinéa 4 du nouvel article 64a de la LAMal est la suivante :

**« En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite ».**

Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues s'élève à 5% par année.

Mais sans doute cette interdiction ne serait-elle pas si grave si elle n'était accompagnée d'une autre sanction : la suspension des prestations d'assurance.

### 2. La suspension des prestations d'assurance

Les alinéas 1, 2 et 3 du nouvel article 64a de la LAMal donnent les précisions suivantes :

«1. Lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai.

2. Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient payés intégralement...

3. Dès le paiement intégral des primes ou des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies pendant la durée de la suspension ».

Ainsi, tant que l'assuré débiteur n'a pas intégralement payé ses primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite, il ne peut prétendre au remboursement de ses factures médicales ni à la délivrance de médicaments par le pharmacien. Si la procédure de poursuite aboutit à un acte de défaut de biens, la dette est payée par l'Etat qui conserve toutefois une action dite récursoire contre l'assuré ; en d'autres termes, l'Etat payeur peut demander à l'assuré le remboursement des sommes dont ce dernier est redevable. Pour les assurés

débiteurs et saisissables, le chemin est souvent plus long pour éponger la dette.

**Attention ! La suspension des prestations n'est pas équivalente à une exclusion de l'assurance obligatoire : débiteur, vous restez assuré et vous restez redevable des primes courantes ... mais vous n'avez pas droit au remboursement de vos factures médicales tant que subsiste un contentieux.**

**Une telle exclusion est par contre possible dans les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire : un défaut de paiement des primes peut entraîner la suppression pure et simple de votre contrat et, en cas de règlement rétroactif, votre droit ne renaît que pour les prestations à venir.**

Chacun peut être confronté à des difficultés financières. Compte tenu des conséquences d'un arriéré de primes ou de participations aux frais, n'hésitez pas à prendre contact avec le centre social de votre quartier. Le plus tôt sera le mieux. « De deux maux il faut choisir le moindre » dit un proverbe.

Jacqueline Deck  
Juriste de notre Permanence Juridique  
sur l'assurance-maladie et accidents

**(1) Préavis de 3 mois pour la fin d'un semestre d'une année civile dans l'assurance ordinaire des soins (assurance avec franchise de Fr. 300.- pour les adultes) et préavis de 3 mois pour la fin d'une année civile dans les formes particulières d'assurance (assurance avec franchise à option, assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations). Préavis d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime à réception du nouveau certificat d'assurance quelle que soit la forme d'assurance choisie.**

Reproduction autorisée avec mention de la source

**Bureau Central d'Aide Sociale, place de la Taconnerie 3, CP 3125, 1211 Genève 3**

Permanence juridique sur l'assurance-maladie et accidents :

réception sans rendez-vous le mardi de 11h. à 18h.

permanence téléphonique le vendredi de 9h à 11h30 et de 13h30 à 16h30

## Assistance au suicide

*Autorisation de l'assistance au suicide dans les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) – une mise en perspective*

La Suisse se trouve dans une situation législative très particulière et unique au monde : l'article 115 du Code Pénal (CPS) stipule que «Incitation et assistance au suicide. - Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une, personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement». Une interprétation a contrario est acceptée dans notre pays, à savoir que lorsque le motif de l'assistance est altruiste, cet acte n'est pas réprimé par la loi. C'est ce créneau législatif que les associations d'aide au suicide utilisent pour exercer leur activité. Il est par ailleurs important de réaliser clairement que l'on parle bien ici de «suicide», c'est-à-dire de la mort que s'administre elle-même la personne qui veut cesser de vivre, la tierce personne qui l'assiste n'accomplissant en aucun cas le geste légal. Il n'est donc absolument pas question ici d'«euthanasie». Cette dernière, même sur demande instantane de la victime, est considérée comme un meurtre dans l'ordre juridique suisse. Elle est donc réprimée par la loi (article 114 du CPS). Par ailleurs, il n'est pas prévu par le législateur qu'une institution, quelle qu'elle soit, échappe à la juridiction commune, même si les conséquences de l'application d'une loi sont éloignées de la philosophie ou des pratiques de cette même institution. En effet, les libertés des citoyens et des résidents en Suisse sont protégées par la loi sur tout le territoire national. C'est pourquoi une institution ou un établissement qui limiteraient le droit à l'accès à une assistance au suicide dans ses murs s'octroierait une prérogative non prévue par le législateur.

D'un autre côté, les institutions de soins ont une vocation de préservation de la santé et de la vie. Quand ces objectifs sont impossibles à atteindre, l'action de ces institutions demeure le bien du malade qui leur est confié. Quand il n'est pas possible de restaurer de façon satisfaisante l'état de santé d'un malade, il s'agit alors de lui assurer un confort dans ses derniers instants, grâce à un accompagnement humain empathique, qui intègre l'entourage, avec ou sans l'aide de moyens pharmacologiques ou d'autres techniques de soins. Clairement, il n'est pas dans la mission des institutions de soins de prodiguer la mort à une personne comme une finalité propre.

Une question très difficile surgit quand un malade est hospitalisé dans une institution de soins et qu'il bénéficie des droits liés à sa résidence en Suisse, tout en demandant une assistance au suicide, autorisée par le droit, mais que ce patient n'est plus à même de sortir de cette institution. Cette situation peut se produire dans deux cas au moins : premièrement, quand un patient n'a, pour une raison ou une autre, plus d'autre domicile que cette institution ; deuxièmement, lorsqu'un malade est si gravement atteint dans sa santé que son transport à domicile n'est pas raisonnablement possible (danger du transport, moyens disproportionnés pour assurer ce transport).

C'est ainsi que la question de l'autorisation ou non de l'assistance au suicide au sein des HUG s'est posée. Le Conseil d'Ethique Clinique des HUG (CEC), une instance consultative destinée à guider les hôpitaux lorsque des questions d'ordre éthique surgissent, a été mis en contact avec la question du suicide assisté au sein des HUG dès 2002. Plusieurs cas concrets ont été discutés au sein de cette instance, jusqu'à ce que, finalement, le CEC se saisisse lui-même de la question de fond, l'autorisation ou non, de principe, de cette pratique dans les HUG. Entre temps, par ailleurs, deux autorités morales nationales, l'Académie suisse des Sciences Médicales (ASSM) et la Commission Nationale d'Ethique pour la Médecine Humaine (CNE), un organisme destiné à guider les autorités fédérales dans l'élaboration des lois en discutant les aspects éthiques, ont publié leurs réflexions.

L'ASSM, en 2004, a tenu à rappeler que : «*Le médecin peut se trouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car le médecin a le devoir de soigner, de soulager et d'accompagner son patient. D'autre part, il doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que la décision morale et personnelle d'un médecin d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas, doit être respectée. A chaque médecin incombe alors la responsabilité de vérifier si des exigences minimales sont respectées : la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de sa vie est proche ; des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées, par le patient, mises en œuvre; le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessaire-*

ment être médecin. Le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même». En résumé, l'Académie rappelle son devoir déontologique au médecin qui ne comporte pas l'aide au suicide, tout en comprenant qu'en tant que personne morale, il puisse pratiquer ce type de geste<sup>1</sup>.

Quant à la CNE, elle s'est prononcée en publiant douze thèses sur l'assistance au suicide en 2005. Certaines d'entre elles se rapportent très directement à la situation des hôpitaux de soins aigus. Ainsi, la CNE a écrit :

*«Le suicide assisté en milieu institutionnel pose des difficultés spécifiques, puisqu'il engage la réputation et qu'il pourrait remettre en question la vocation de ces institutions, dirigée vers la préservation ou la restauration de la santé et non vers la mort. La CNE considère que la situation des institutions de long séjour (EMS) et celle des hôpitaux de soins aigus doivent être considérées séparément (...) Les hôpitaux de soins aigus : chaque institution doit se déterminer clairement quant à la possibilité ou non d'offrir le suicide assisté en tant que prestation à ses patients. Cette institution doit justifier son choix. Si cette pratique est autorisée, cette institution doit mettre en place les conditions cadres permettant sa mise en route dans les meilleures conditions. Ici aussi, la clause de conscience (c'est-à-dire qu'une obligation de participer à l'assistance au suicide ne peut en aucun cas être imposée au personnel médical ou infirmier) doit être respectée pour l'ensemble du personnel concerné.*

Dans ces deux cas (la situation des EMS et celle des hôpitaux de soins aigus), la CNE met l'accent sur le caractère transparent et explicite de la politique qui serait celle d'une institution à l'égard du suicide assisté, qu'il soit ou non autorisé, ainsi que son devoir de contrôler la qualité des procédures mises en place. Ce devoir inclut le suivi psychologique éventuel des professionnels qui participeraient à ces actes, de même que le soutien de personnes qui ne pourraient accéder à leur désir de mourir en se suicidant». De plus, en parlant des soignants, la NEK-CNE a écrit que : *«L'assistance au suicide n'est pas une activité soignante stricto sensu, mais des professionnels de la santé, si leur conscience leur commande de le faire, peuvent assister un malade qui le leur demande sans encourir de réprobation morale ni de sanction administrative ou déontologique. Il en découle que les professionnels de la santé doivent avoir une formation à ces pratiques. Le droit à l'objection de conscience de ces professionnels à l'égard de cet acte doit être strictement respecté».*

Clairement donc, la CNE a interpellé les hôpitaux de soins aigus suisses, sans prendre parti, mais en leur demandant d'exprimer leur position.

Le CEC des HUG a clos ses travaux et elle a remis aux autorités hospitalières ses recommandations en août 2006. Elles se matérialisent dans les deux clauses qui suivent :

«Concernant l'autorisation ou l'interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG, nous recommandons que les HUG n'autorisent l'assistance au suicide dans leurs murs pour un patient dépourvu de domicile ou dans l'impossibilité d'y retourner, que dans certaines conditions strictement définies, et à condition qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'intervienne directement dans la réalisation du geste.

Nous recommandons que les HUG ne prennent pas position en tant qu'acteur dans le débat public sur l'assistance au suicide. L'hôpital public étant au service d'une société pluraliste sur la question de l'assistance au suicide, une position pour ou contre l'assistance au suicide s'éloignerait de l'accueil de la pluralité qui est au cœur de la mission de notre institution».

Enfin, en accord avec les recommandations de la CNE et en conformité avec les pratiques des associations d'aide au suicide, une demande ne doit pas être motivée par une pathologie psychiatrique.

Pour justifier cette prise de position, le CEC estime tout d'abord que l'assistance au suicide ne doit jamais être banalisée. Il arrive toutefois qu'elle soit la dernière solution envisageable pour une personne en détresse et le lui interdire constituerait une prise de pouvoir illégitime sur sa vie. D'autre part, l'assistance au suicide est en tension évidente avec la mission centrale des soignants, fondamentalement tournée vers l'amélioration ou la préservation de la vie. De plus, l'hôpital public est un lieu de soins dont l'accès doit être ouvert à tous sans distinction. Sa mission est fondée sur la prise en charge, au mieux de ses capacités, de toute détresse humaine directement liée à la maladie. C'est pourquoi le rejet des personnes qui, lors d'un séjour hospitalier, formuleraient une demande d'assistance au suicide est incompatible avec la mission centrale de cette institution.

Par ailleurs, l'hôpital public a le devoir de s'assurer que les exigences déontologiques des soignants soient respectées. Il peut en outre avancer jusqu'à un certain point un droit à l'«objection de conscience institutionnelle» vis-à-vis de l'assistance au suicide, en ne cautionnant pas sans autre cette activité. Ainsi, l'institution peut exiger un retour à domicile en vue de l'assistance au suicide lorsque ce retour est raisonnablement possible. Dans la même ligne, elle ne peut accepter une hospitalisation en ses murs dans le but

exclusif qu'une assistance au suicide y soit entreprise. Elle peut également interdire à ses employés de pratiquer eux-mêmes une assistance au suicide dans l'exercice de leurs fonctions. L'objection de conscience institutionnelle doit cependant trouver sa limite face aux patients dont la demande d'assistance au suicide persisterait malgré une exploration des alternatives à cet acte quand ceux-ci ne peuvent raisonnablement pas rentrer à domicile pour mettre fin à leurs jours. L'assistance au suicide exercée par des personnes extérieures à l'institution est alors possible.

Les implications de cette attitude sont nombreuses. Premièrement, tout patient qui demanderait une assistance au suicide doit être écouté sans a priori. Une aide doit lui être offerte le cas échéant pour clarifier sa demande et ses raisons. Il doit être informé des possibilités alternatives d'assistance, notamment au moyen de la palliation de sa souffrance par des équipes formées à cet effet. Si la demande d'assistance au suicide persiste, elle doit être accueillie avec respect. Une solution doit être élaborée en concertation avec l'équipe et le patient, en tenant compte du fait que si un retour à domicile est raisonnablement possible, l'accompagnement et le soutien offerts au patient iront dans ce sens. Si le retour à domicile n'est raisonnablement pas possible, l'assistance au suicide pourra avoir lieu au sein de l'hôpital.

Les soignants peuvent vivre l'assistance au suicide comme un problème de conscience grave. Il est donc capital de clarifier les raisons pour lesquelles il leur est interdit de participer directement à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales. De plus, trois ordres d'intervention des soignants envers un patient qui demanderait une assistance au suicide doivent clairement être distingués : (1) l'accompagnement du patient et les soins, y compris les entretiens nécessaires à la clarification de la demande, font partie de la mission des soignants et sont exigibles de chacun ; un membre du personnel qui s'opposerait à l'assistance au suicide devrait néanmoins pouvoir participer à de tels entretiens car ils constituent des gardes fous destinés notamment à protéger les personnes vulnérables et à prendre en compte la souffrance exprimée par le patient ; (2) la participation directe à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales, est proscrite ; (3) la participation indirecte à l'assistance au suicide, comme la présence auprès du patient

lorsqu'il réalise son geste, dans la perspective de ne pas interrompre l'accompagnement, n'est en aucune manière exigible des soignants, mais le vœu de ceux d'entre eux qui y verraient une manière d'exprimer leur compassion avec le patient doit être respecté et ces soignants ne peuvent être sanctionnés.

Il est également important qu'en règle générale l'appel à un intervenant extérieur qui pratiquera l'assistance au suicide doit être réalisé par le patient.

L'institution doit pouvoir rendre compte que les conditions qu'elle a requises pour la pratique de l'assistance au suicide soient remplies. Il importe donc qu'une procédure soit codifiée et que son application soit documentée et périodiquement évaluée, voire corrigée. Le Conseil d'Ethique Clinique, ou une autre instance définie par l'institution, doit être sollicité pour aider les soignants à analyser les demandes d'assistance au suicide qui semblent remplir les critères établis. La position de l'institution doit être communiquée au public, aux patients et aux employés de manière claire et maîtrisée.

En raison de la difficulté que représente une demande d'assistance au suicide pour les soignants, l'institution doit également prévoir la mise en route d'une formation spécifique qui leur serait destinée sur l'approche d'un malade demandant la mise en route d'un tel acte. Un système de supervision devrait être mis sur pied.

Les recommandations de CEC ont été avalisées par le Comité de Direction des HUG (24 août 2006), puis par son Conseil d'Administration, unanimement, en date du 14 septembre 2006.

Bernard GRUSON, Président du Comité de Direction des HUG.

Pierre DAYER, Directeur Médical.

<sup>1</sup><http://assm.ch> Bull Méd Suisses 2004 ; 85 : 294.

<sup>2</sup><http://nek-cne.ch> Bull Méd Suisses 2005 ; 86 : 1797 et prise de position 9/2005 (27 avril 2005).

## Registre genevois des tumeurs

*Le Registre genevois des tumeurs a le plaisir d'annoncer la nouvelle publication des données sur le cancer à Genève, visible en ligne sur leur site internet <http://asrt.ch/rgt> depuis début octobre 2006. Il s'agit des données d'incidence et de mortalité (période 1999-2002) ainsi que de la survie (patients diagnostiqués entre 1970 et 1998).*

«Cette publication a pu voir le jour grâce aux informations transmises chaque jour par tous les médecins du canton, les laboratoires de pathologie, l'hôpital et les autres Registres des tumeurs suisses. Nous adressons donc nos plus vifs remerciements pour leur aide et surtout pour le temps qu'ils nous accordent.

Nous espérons que ces données vous seront utiles. En particulier, vous noterez l'augmentation impressionnante de l'incidence des cancers de la prostate et du sein, et la diminution régulière de la mortalité par cancer du sein qui témoigne de la qualité de notre système de soins. Chez les femmes, le cancer du poumon tend à devenir une cause majeure de mortalité par cancer. Sans doute faut-il y voir l'effet conjoint de l'amélioration du pronostic du cancer du sein et de l'augmentation du tabagisme féminin. Enfin le risque de mélanome de la peau continue de croître, ce qui devrait nous inciter à poursuivre nos efforts pour la promotion de la prévention.

Si vous le souhaitez, une édition papier de cette publication peut vous être envoyée sur demande écrite ([rtg@imsp.unige.ch](mailto:rtg@imsp.unige.ch)) en nous indiquant votre adresse postale.

N'hésitez pas à nous transmettre vos commentaires sur ces données ainsi qu'à nous faire part de vos remarques et de vos suggestions pour améliorer cette publication.

En réitérant nos plus profonds remerciements, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.»

Dr Christine Bouchardy  
Dr Isabelle Neyroud-Caspar



## Hospitalisation à domicile (HAD)



4, rue des Cordiers, 1207 GENÈVE  
tél (fax): 022 420 64 80 (81)

24h/24h au 022 420 64 80

1. Le médecin – de l'hôpital ou de la ville – prescrit.
2. SOS Pharmaciens prépare les médicaments injectables, le matériel nécessaire et dispense au domicile du patient.
3. L'infirmière administre les médicaments.
4. L'équipe – médecin, pharmacien, infirmière – assure le suivi et adapte ses prestations aux besoins du patient.

antibiotiques intraveineux, chimiothérapie, traitement antalgique, soins palliatifs, nutrition entérale et parantérale, hydratation, etc.

**Remboursée par l'assurance de base**

## Pour une caisse unique et sociale

*Dans le cadre de la votation sur la caisse unique, la Lettre de l'AMG a décidé d'ouvrir ses colonnes, tant aux partisans qu'aux opposants de cette initiative. Nous vous livrons une première prise de position.*

Dans le domaine des coûts de la santé en Suisse actuellement 87 caisses maladies décident des règles du jeu et, directement ou indirectement, ont le pouvoir décisionnel, regroupées en un quasi monopole puissant, regroupé dans SantéSuisse (1945 : 1151 caisses, 1970 : 815, 1990 : 220, 2006 : 87....).

SantéSuisse affirme : avec une caisse maladie unique, les assurés seront livrés «pieds et poings liés» (Mr. W. Oggier)

Avec le système actuel, nous sommes déjà livrés pieds et poings liés : le mythe cher à Mr. Couchepin «laissez faire la concurrence entre caisses maladie pour une gestion saine et économique du système» n'est qu'une illusion :

- Pour nous médecins : la liberté de décider quels sont les soins légitimes à donner à nos patients, y compris les examens nécessaires à établir un diagnostic, y compris de juger de la durée d'hospitalisation nécessaire à un patient est mise de plus en plus en cause...

Et même la liberté à exercer notre métier normalement se fragilise ou peut disparaître pour certains d'entre nous : clause du besoin déjà effective et la prochaine révision de la LAMal prévoit d'ores et déjà d'appliquer la suppression de l'obligation de contracter.

- Pour les assurés : Les primes ne cessent d'augmenter (depuis 1996, donc en 10 ans, augmentation de... 77 %)... et les assurés impuissants ont comme

seul recours de changer de caisse, frais d'environ CHF 100.- par changement X 220 000 changements par an environ... frais assumés par l'ensemble des cotisants...

- Pour les patients : On s'achemine vers une restriction du catalogue des soins, comme le démontre encore tout récemment la proposition faite par des caisses-maladies de baisser des primes si les femmes s'engagent à renoncer à une interruption de grossesse, ainsi que celle des primes plus élevées après l'âge de 55 ans...

Les mesures prises sous tous azimuts cette dernière décennie pour diminuer les coûts de la santé ont eu l'effet inverse sur les primes : même si dans certains cantons les coûts ont diminué, les primes curieusement y ont monté (ex. du Valais). Un système bureaucratique coûteux est mis en place pour subventionner une part de plus en plus importante de la population et pour contrôler le travail des médecins, aboutissant à une mainmise de plus en plus totale des caisses-maladies sur tout le système de santé.

La caisse maladie unique et sociale n'est pas la panacée universelle (les coûts de la santé montent aussi en fonction du vieillissement de la population), mais au moins elle permettra une gestion transparente des coûts par les groupes directement concernés, à savoir, les assurés, les prestataires de soins et les pouvoirs publics.

Dr Gilles Godinat

## Politique professionnelle: des infos sur [www.smsr.ch](http://www.smsr.ch)

La réforme de structure de la FMH (qui sera avalisée à la prochaine Chambre Médicale des 14-15 décembre) implique la dissolution de la Conférence des Présidents et son remplacement par une Assemblée des Délégués plus dynamique (qui se réunira environ 6 fois par an). Celle-ci jouera vraisemblablement un rôle crucial dans les stratégies futures de la FMH.

Pour la Romandie, la courroie de transmission entre les instances faïtières et les sociétés cantonales est la

SMSR (Société de Médecine de la Suisse romande). Celle-ci s'efforcera de vous renseigner le plus complètement et le plus rapidement possible sur les délibérations et les actions entreprises sur son site [www.smsr.ch](http://www.smsr.ch) que nous vous invitons à consulter de temps en temps pour rester au courant.

Dr Blaise F. Bourrit



## 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.

Dr Eric ANTONELLI  
Chemin Beau-Soleil 12  
1206 Genève  
Né en 1965, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1994  
FMH de gynécologie-obstétrique

Le Dr Antonelli a effectué ses études de médecine à Genève. Il a ensuite effectué sa spécialisation en gynécologie-obstétrique principalement aux HUG. Avant d'obtenir un diplôme européen en échographie gynéco-obstétricale. Il a ensuite été médecin-adjoint responsable de l'unité de médecine fœtale du service d'obstétrique jusqu'en 2006. Il est actuellement en pratique privée avec un poste de médecin associé à 25% à la maternité.

Dr Christelle BRINON LANZ  
Rue de Genève 97-99  
1226 Thônex  
Née en 1970, nationalité française  
Reconnaissance du diplôme de médecin en 2003  
FMH de pédiatrie

Après avoir suivi ses études à Paris où elle a effectué son clinat de pédiatrie, le Dr Brinon Lanz a intégré les HUG en octobre 2000 dans le département de pédiatrie en qualité de cheffe de clinique. Elle vient de s'installer au Groupe médico-chirurgical des Trois-Chênes.

Dr Mercedes Susanne FUERTES NGUYEN  
Rue Moillebeau 33  
1209 Genève  
Née en 1972, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1999  
FMH de médecine interne

Le Dr Fuertes Nguyen, à la suite de ses études de médecine à Genève, a débuté sa formation en médecine interne à l'hôpital de gériatrie où elle a réalisé

une thèse sur la tuberculose chez les personnes âgées. Elle a poursuivi sa formation aux HUG, notamment en tant que cheffe de clinique en médecine interne.

Dr Thomas GAUDIN  
Chemin Malombré 5  
1206 Genève  
Né en 1974, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 2001  
FMH de dermatologie et vénéréologie

Après avoir suivi ses études à Genève, le Dr Gaudin a suivi une formation en dermatologie aux HUG. Il a ensuite repris le cabinet médical du Dr Tapernoux en octobre 2006.

Dr Charles-André HAENGGELI  
Parc des Grangettes  
Route de Chêne 110  
1224 Chêne-Bougeries  
Né en 1968, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1994  
FMH d'oto-rhino-laryngologie

Le Dr Haenggeli a suivi ses études à Genève. Après sa formation d'ORL, il a accompli un fellowship de 3 ans à la John Hopkins School of Medicine en oto-neurologie et chirurgie otologiques. Il pratique actuellement à la Clinique des Grangettes.

Dr Nicole KOOGER INFANTE  
Avenue Vibert 15  
1227 Carouge  
Née en 1968, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1994  
FMH d'oto-rhino-laryngologie

Après avoir suivi ses études à Genève, en Australie et aux Etats-Unis, le Dr Kooger Infante entreprend une

formation de médecine interne. Elle 1993, elle décide de changer de cap, et après une parenthèse de 6 mois de médecine humanitaire au Mozambique avec MSF, elle se forme en anesthésie aux HUG, ainsi qu'en hypnose clinique. Installée en ville depuis fin 2005, elle garde un pied aux HUG et concilie au mieux vie professionnelle et privée (3 enfants).

Dr André KUDLA  
Rue du Môle 4  
1201 Genève  
Né en 1968, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1998  
FMH de gynécologie-obstétrique

Le Dr Kudla a suivi ses études à Genève. Dans le cadre de sa formation, il a travaillé en Suisse romande puis aux HUG. Actuellement au bénéfice d'un titre FMH de gynécologie-obstétrique, il a repris un cabinet en ville de Genève en octobre 2006.

Dr Alma RICCHETTI COIGNARD  
Avenue Vibert 15  
1227 Carouge  
Née en 1968, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1994  
FMH d'oto-rhino-laryngologie

Après ses études à Genève, le Dr Ricchetti Coignard a suivi une formation en oto-rhino-laryngologie aux HUG et au CHUV. Elle a obtenu son titre FMH d'ORL en 2002 et a travaillé comme cheffe de clinique aux HUG pendant 5 ans. Elle a également effectué une formation en médecine subaquatique et hyperbare.

Dr Sabrina SANCHEZ-POLITTA  
Parc des Grangettes  
Route de Chêne 110  
1224 Chêne-Bougeries  
Née en 1972, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1998  
FMH de dermatologie et vénéréologie

Le Dr Sanchez-Politta a suivi ses études à Genève. Elle a ensuite effectué deux années de médecine interne à Berne et Bellinzone. Finalement elle a entrepris une formation en dermatologie et vénéréologie aux HUG. En 2004, elle a obtenu le titre de spécialiste FMH et a travaillé comme cheffe de clinique dans le même service. Depuis octobre 2006, elle est installée à la Clinique des Grangettes.

Dr Carine SCHWARTZ BLATT  
Chemin Beau-Soleil 12  
1206 Genève  
Née en 1963, nationalité suisse  
Diplôme de médecin en 1989  
FMH de gynécologie-obstétrique

Après avoir suivi ses études à Genève, le Dr Schwartz Blatt a travaillé 3 ans en périphérie (urologie, médecine interne, et gynécologie-obstétrique). Elle a suivi toute sa formation aux HUG et obtenu ces spécialisations, qui lui permettent une approche de la femme à tout âge, notamment autour de la fertilité, de l'adolescence à la ménopause.

## Mutations

### Nouveaux membres

Les Docteurs Izaskun AMEZAGA, Vincent BARTHASSAT, Gilles CHASSOT, Nathalie DESDIONS, Ani FAINETEAU, Ellen FALTIN-TRAUB, Sandrine GHILARDI, Benjamin GOLD, Salah GUEDDI, Patrick GUILBERT, José Luis HUELGA ZAPICO, Jean-Sébastien LANDRY, Claire LERESCHE, Hadrien LOTON, Dionysios MAKRIS, Hamid MEHENNI, Laurence PRINA et Maria del Rolio SANABRIA sont membres depuis le 20 novembre 2006.

### Membres passifs

Bertrand BORDIER, Maurice CELLICH, Pierre CHATELANAT et André SCHUSSELE.

## Mutations (suite)

### Démissions

Charles PERROT, Ulf SCHROETER.

### Médecins-conseils

EMS Les Charmilles : Dr Jean-Claude CANAVESE

SIG : Gérard Joliat

## Petites annonces

### Changement de téléphone et fax

Le Dr Esther Vonlanthen, médecine interne FMH, 28 rte de Chancy, CP 303, 1213 Pt-Lancy 2, a changé de numéros de téléphone et fax:

Tél. 022 793 60 56 Fax 022 793 60 57

### Fermeture du secrétariat AMG

Le secrétariat de l'AMG sera fermé  
du lundi 25 décembre 2006  
au mardi 2 janvier 2007 inclus.

## Agenda

### Ni chaud ni froid ? Le corps exposé aux températures extrêmes.

Du jeudi 30 novembre au dimanche 3 décembre 2006

Auditoire Louis-Jeantet, Route de Florissant 77

Les activités culturelles de la Fondation Louis-Jeantet de médecine proposent 10 événements pour découvrir les facultés d'adaptation et les limites du corps exposé aux températures extrêmes.

Pourquoi est-il conseillé de se couvrir la tête lorsque nous avons froid aux pieds ? Pourquoi porter une tunique plutôt qu'un maillot de bain en période de canicule ? Que faut-il boire quand il fait très chaud ? Ce type de questions ne manque pas de surgir chaque fois que l'on est confronté à des épisodes de grands froids ou à des étés caniculaires.

Au fil d'un programme qui fait la part belle à l'image, à la démonstration et au témoignage, des professionnels - explorateurs, médecins, sportifs - confrontés quotidiennement aux contraintes climatiques se mettront en quatre pour répondre à vos questions.

**Contact:** Virginie Du Pasquier, responsable des activités culturelles de la Fondation Louis-Jeantet de médecine

E-mail: [dupasquier@jeantet.ch](mailto:dupasquier@jeantet.ch); Tél: 022 704 36 34. Ouvert à tous.  
Réservation conseillée: [info@jeantet.ch](mailto:info@jeantet.ch); 022 704 36 36

### La lettre de l'AMG

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

ISSN 1022-8039

Paraît 11 fois par an

### Responsable publication

Pierre Chavier

### Contact pour publication

Damien Rossini

Tél. 022 708 00 22

[damienrossini@amge.ch](mailto:damienrossini@amge.ch)

### Conception-réalisation

Christine Faucogney

### Publicité

Médecine & Hygiène

Tél. 022 702 93 41

[pub@medhyg.ch](mailto:pub@medhyg.ch)

### Impression

Médecine & Hygiène

Distribué à 2000 exemplaires

### AMG

12, rue Micheli-du-Crest

1205 Genève

Tél. : 022 708 00 22

Fax : 022 781 35 71

[www.amge.ch](http://www.amge.ch)

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

**Prochaine parution :**  
**22 décembre 2006**

**Délai rédactionnel :**  
**8 décembre 2006**



le TrustCenter  
des médecins romands

## **Plus de 7 médecins sur 10 de Suisse romande (hors Vaud) ayant une pratique privée font confiance à Ctésias.**

Nous leur fournissons des indicateurs importants pour le suivi de leur activité et la possibilité de se comparer à la moyenne des collègues, sans oublier l'échange électronique des factures.

---

Si plus de 1900 collègues des cantons de Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel et Valais nous ont choisis, cela n'est pas par hasard. Nos analyses statistiques font référence, y compris pour les clients de MediData qui peuvent nous transmettre leurs données.

[www.ctesias.ch](http://www.ctesias.ch)

*L'échange électronique des factures et bien plus.*