07/2022
N° 17

la lettre

3
Éditorial
En juin, on fait les soldes !

5
Dossier
Dossiers stratégiques

7
Partage d'expériences
Sauver des vies

9
Revue de presse
Extraits

17
Membres

AMGe
association des médecins du canton de genève

Avec nous, vous pouvez mettre tous vos œufs **dans le même panier.**

Notre informatique couve soigneusement vos logiciels.

Même si la Caisse des Médecins propose ses propres logiciels, ce n'est pas une condition pour pouvoir profiter de ses services. Tous les grands éditeurs de programmes dédiés à la saisie des prestations médicales offrent aujourd'hui la possibilité d'exporter les données vers la Caisse des Médecins. La facturation, les relances, le traitement des retours, etc. sont ainsi beaucoup plus simples et plus efficaces.

Informations et offres supplémentaires
caisse-des-medecins.ch

Au cœur de l'innovation

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Votre agence Genève-Valais a déménagé !
Nouvelle adresse :
Route de Malagnou 40A · 1208 Genève
(téléphone et e-mail ne changent pas)

La Caisse des Médecins : une coopérative professionnelle à vos côtés

1009730

En juin, on fait les soldes !

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Lors de la session d'été des Chambres fédérales, le Parlement a décidé de laisser au Conseil fédéral la possibilité d'agir directement sur le TARMED, là où il le juge nécessaire afin de freiner la hausse des coûts de la santé dans notre pays. Toucher à un tarif obsolète, dépassé, critiqué par tous les acteurs du secteur de la santé et dont les incitatifs négatifs sont flagrants, apparaît comme un non-sens de plus. Face à une structure qui n'est plus à jour depuis longtemps, assureurs (CURAFUTURA) et médecins (FMH) ont mis sur la table les bases d'un tarif à la prestation totalement actualisé, le TARDOC, proposé il y a déjà trois ans dans sa première version. Ce nouvel épisode du refus d'avoir une tarification moderne, parfaitement adéquate, qui permet une meilleure prise en compte de la médecine de premier recours, montre le désarroi dans lequel se trouve la Berne fédérale. Alors, sans solutions, le Parlement a choisi d'offrir la possibilité au Conseil fédéral de baisser les prix. En juin, on solde !

L'autre décision d'importance, prise en pleine canicule, est celle des objectifs de coûts de la santé dont les contours restent encore flous. Nous resterons attentifs à tout budget global auquel nous nous opposerons avec force, car dans un pays qui offre une qualité et un accès aux soins incomparables, toute volonté d'imposer un rationnement des soins, sous couvert de coûts maximaux, serait là aussi un non-sens total. Garder la tête froide, alors même que la hausse des primes d'assurance-maladie est pré-annoncée pour cet automne, devrait être l'évidence.

La future hausse des primes agite le monde politique. +3, 4, 5, ou +6% ? Personne ne sait actuellement qu'elle sera l'augmentation des primes après deux années de COVID-19. Lorsque l'on regarde de plus près les chiffres publiés par l'Office fédéral de la santé publique, on constate que la plus forte hausse est celle concernant la physiothérapie, +17%. Ce chiffre est parfaitement en phase avec la période de crise sanitaire traversée. La population épuisée, fatiguée peut en avoir eu « plein le dos » et les séances de physiothérapie respiratoire se sont succédées et se poursuivent parmi les patients atteints par le coronavirus et ceux présentant un COVID-long. Ce n'est là que le miroir de notre société.

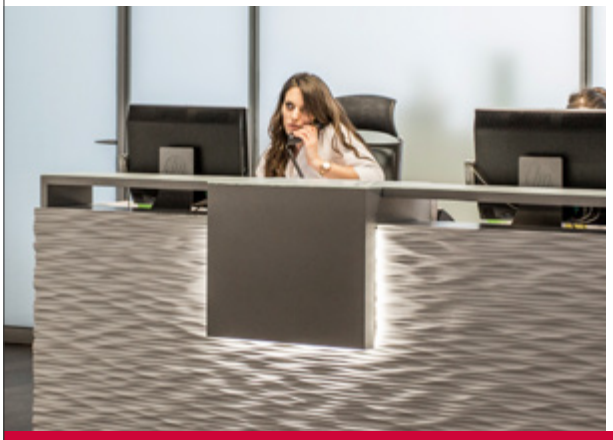
La hausse, après deux années de quasi-stabilisation, a de quoi questionner, mais si l'on prend les cinq dernières années (2017-21), on constate une augmentation annuelle de moins de deux pourcents, largement en deçà des objectifs fixés en 2016 par le panel d'experts internationaux mandaté par le Conseil fédéral qui tablait sur une hausse annuelle des coûts de 3% pour la Suisse. Au-delà des polémiques sur les réserves exorbitantes des assureurs-maladie et le surfinancement du système par des primes trop élevées, la transparence souhaitée tarde à voir le jour. Il est temps, face à un financement de la santé qui est à bout de souffle, de changer de paradigme.

« Terrible constat qui appelle à des réformes en profondeurs, mais la fragmentation du système de la santé et les intérêts particuliers des différents acteurs paralysent toute velléité. »

Nous devrions vivre une énième hausse des primes en septembre avec son lot de coupables tout désignés. Les médecins, les physiothérapeutes seront certainement de ceux-là. Peu nombreux seront les observateurs qui regarderont le travail exceptionnel effectué par l'ensemble des soignants au

cours des deux dernières années et qui auront la faculté d'intégrer cette nouvelle hausse dans la prise en compte globale et rassurante de ces dernières années. Un élément reste perturbant : l'évolution de la bourse qui semble depuis l'introduction de la LAMal être un indicateur fiable du niveau des augmentation des primes. Lorsque les temps sont à l'orage et que les bourses dégringolent, comme cette année, la hausse des primes prend l'ascenseur et lorsque la bourse atteint des sommets, les primes sont plus douces et les hausses bien plus faibles. Et cela depuis plus de vingt ans ! Les courbes de la bourse et des primes se suivent étrangement. Les hausses excessives ne seraient-elles là que pour rattraper les pertes et ainsi reconstituer les réserves ?

L'été est là, mais l'automne est déjà dans toutes les têtes. Le Parlement a agi en mettant un plafond aux coûts et en faisant les soldes. Des actions qui démontrent l'impossibilité politique de réformer un financement et une tarification qui sentent la naphtaline et qui malheureusement repartent pour un tour. Terrible constat qui appelle à des réformes en profondeur, mais la fragmentation du système de la santé et les intérêts particuliers des différents acteurs paralysent toute velléité. ●



medimage imagerie medicale

Expérience - Modernité - Confort

Bienvenue chez Medimage

IRM ostéo-articulaire, neuro-vasculaire, abdominale/ gynécologique, cardiaque

CT scanner Denta-scan

Échographie Doppler

Mammographie numérique low dose

Radiologie interventionnelle et thérapie de la douleur

Radiologie numérique

Panoramique dentaire

Minéralométrie

Les radiologues : Dr Besse Seligman - Dr de Gautard - Dr Kindynis - Dr Walter
Dr Deac : Cardiologue FMH spécialisée en IRM cardiaque

du lundi au vendredi de 8h à 18h - Tél : +41 (0) 22 347 25 47

www.medimagesa.ch 1 route de Florissant 1206 GENEVE **Fax :** +41 (0) 22 789 20 70 **Mail :** info@medimagesa.ch

Dossiers stratégiques

Clause du besoin : régulation du nombre de médecins

La DGS a adressé à l'AMGe le projet du règlement d'application qui devrait entrer en vigueur le 1er octobre 2022.

Une réponse circonstanciée a été adressée au département

– Critères qualitatifs pour délivrer une autorisation dans une spécialité considérée où le quota est atteint (réfuter la règle du premier arrivé premier servi) ;

La rubrique « dossiers stratégiques » est réservée aux membres de l'AMGe, connectez-vous

Honoraires stationnaires privés/semi privés

Le projet pilote « Bottom Up » a débuté le 1er juin 2022. Il devrait s'achever le 31 août.

Ce projet sera complété par la définition des prestations complémentaires en cours d'élaboration.

Projet pilote «Bottom Up»

Le projet «bottom up» décrit infra s'inscrit dans le contexte de la prise de position de l'Autorité

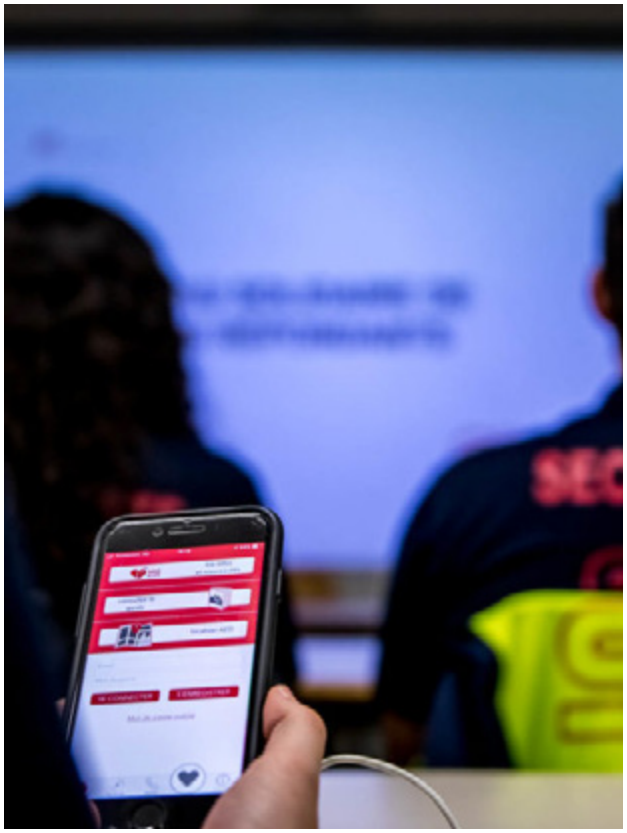
1. Interventions chirurgicales concernées par le projet pilote

• Prothèse hanche • Prothèse genou • Ligament

La rubrique « dossiers stratégiques » est réservée aux membres de l'AMGe, connectez-vous

Sauver des vies dès la première année de médecine

Des étudiant·e·s s'engagent comme premier·ère·s répondant·e·s aux côtés de Save a Life



Vous marchez dans la rue quand soudain, l'homme qui fumait tranquillement sa cigarette devant vous s'écroule face contre terre. Mince. Que faire ? Le cours de premier secours que vous avez suivi remonte à si longtemps, les numéros d'urgence se ressemblent tous et dans le stress, tout se mélange. Qui n'a jamais craint de se retrouver face à une situation pareille ?

Contexte actuel

À Genève, ce sont 400 arrêts cardio-respiratoires (ACR) qui se produisent chaque année, soit plus d'un par jour, mais moins de la moitié bénéficie d'un massage cardiaque. Sans massage cardiaque, les chances de survie diminuent de 10% par minute. Le réseau de premier·ère·s répondant·e·s *Save a Life* a été créé en 2019 et est composé de volontaires (professionnel·le·s de la santé ou non) en possession d'un diplôme BLS-AED (Basic Life Support). Ces premier·ère·s répondant·e·s sont alarmé·e·s par le 144 pour intervenir sur des ACR identifiés à proximité afin de prodiguer les mesures de réanimation en attendant l'arrivée des secours professionnels. L'efficacité de ce type de réseau dépend donc principalement du nombre de premier·ère·s répondant·e·s disponibles et de leur localisation.

Les étudiant·e·s en médecine s'engagent comme premier·ère·s répondant·e·s

Afin d'augmenter le nombre potentiel de premier·ère·s répondant·e·s, des étudiant·e·s en médecine en fin de formation ont élaboré un processus de certification visant à permettre à leurs collègues de première année de devenir premier·ère·s répondant·e·s. Le processus proposé se devait d'être bref afin de ne pas alourdir leur première année : suivre un e-learning et participer à une session pratique, animée par des étudiant·e·s en médecine des volées supérieures. La complétion de ces deux étapes leur offrait un diplôme BLS-AED, qui leur permettait de s'inscrire en tant que premier·ère·s répondant·e·s auprès de *Save a Life* si ils ou elles le

souhaitaient. Finalement, ce processus a permis de recruter 48 nouveaux premier·ère·s répondant·e·s parmi les étudiant·e·s en médecine de première année. Le processus et les résultats détaillés ont été publiés dans le Journal of Medical Internet Research, une revue scientifique internationale « peer reviewed » en accès libre (https://www.jmir.org/2022/5/e38508/).

Un étudiant en médecine participe à sauver une vie

L'importance de ces cours a été particulièrement illustrée par le témoignage d'un étudiant, qui peu de temps après son cours, mit ses connaissances à profit pendant une réanimation en tant que premier répondant : « j'ai pu mettre en œuvre les gestes optimaux pour un ACR dimanche passé. Je suis arrivé sur les lieux en premier et ai tout de suite su quoi faire. Je me suis senti compétent

et efficace grâce à la formation qui était en l'occurrence encore bien fraîche dans ma tête. Après avoir été rejoint par une médecin puis un autre bénévole, le SMUR et l'équipe ambulancière ont pu prendre le relais et obtenir finalement un pouls et une respiration spontanée. Cette bonne nouvelle fut gratifiante et riche en émotions. Je suis convaincu et déterminé que ces gestes doivent être enseignés au plus grand nombre ».

Premiers secours pour tous, la clef pour sauver plus de vies

La formation des étudiant·e·s aux mesures de réanimation initiales avec l'introduction d'un cours de réanimation obligatoire dès la 1ère année pourrait présenter non seulement un impact majeur en termes de santé publique mais aussi le premier pas vers une généralisation de l'apprentissage de ces gestes de premier secours à la population générale.

Save a Life
www.save-a-life.ch

proximos
L'ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

Proximos, le service pharmaceutique d'hospitalisation à domicile 7j/7 de Genève collabore avec toutes les infirmières, indépendantes ou en institution (imad, CSI, Presti-services, etc.). Notre laboratoire, répondant aux dernières normes, nous permet de préparer des médicaments aseptiques et cytostatiques.

>> Découvrez-le à la rubrique Présentation > Locaux > visite virtuelle 360° de notre site internet.

Nos nouveaux locaux se trouvent au cœur des soins à domicile genevois, dans le même immeuble que imad, la CSI et Genève Médecins.

Av. Cardinal-Mermillod 36
CH-1227 Carouge

T +41 (0)22 420 64 80
F +41 (0)22 420 64 81

contact@proximos.ch
www.proximos.ch

1009212

GESPOWER
Société fiduciaire et de gestion

Fondée en 1984 à Genève, la Fiduciaire Gespower, affiliée à FMH Fiduciaire Services, offre un encadrement professionnel d'aide à la gestion de votre entreprise ou de votre cabinet médical, secteur dans lequel la fiduciaire est fortement impliquée.

Nos principaux services :

- Assistance lors de création / reprise de sociétés ou cabinets médicaux
- Conseils juridiques
- Business plan
- Bilans, fiscalité, gestion comptable de sociétés
- Transformation juridique de sociétés

Rue Jacques Grosselin 8 – 1227 Carouge – Tél 058 822 07 00 – Fax 058 822 07 09 – fiduciaire@gespower.ch – www.gespower.ch

1009232

Extrait de la Revue Médicale Suisse

ÉDITORIAL

Douleur et soins palliatifs : comment manier les opioïdes?

Dr MARC R. SUTER et Pre SOPHIE PAUTEX

Rev Med Suisse 2022; 18: 1235-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.787.1235

Nous avons le plaisir cette année de partager l'édition douleur de la *Revue Médicale Suisse* avec la médecine palliative. La fin de vie est traitée comme un événement aigu en Suisse alors qu'environ 70% des décès sont prévisibles et pourraient être anticipés. La plupart d'entre eux sont précédés d'une période plus ou moins longue marquée par la maladie ou une fragilité croissante. Ce constat encourage depuis de nombreuses années l'intégration d'une approche palliative précoce. Cette dernière concerne bien sûr les patients atteints d'une maladie oncologique, mais aussi, par exemple, ceux atteints d'une maladie cardiovasculaire, pulmonaire ou d'une démence avancée.

Le nombre de patients qui nécessiteront une approche palliative au cours des dix prochaines années va croître d'environ 30%. Presque toutes les spécialités médicales sont concernées et la prise en charge doit par définition être interprofessionnelle pour répondre aux besoins biopsychosocio-spirituels des patients. Pour assurer cette prise en charge de qualité, le traitement de la douleur reste une priorité en parallèle à l'amélioration de la prise en charge des maladies comme, par exemple, le cancer. L'épidémie d'opioïdes (opioid epidemic), décrite dans les années 2010 aux États-Unis et au Canada,[1] nous a permis de renforcer certains principes (prescripteur unique, prudence chez les

LA « DÉPRESCRIPTION » DES OPIOÏDES DEVRAIT FAIRE PARTIE DES RECOMMANDATIONS

L'intégration précoce des soins palliatifs, mais également la stabilisation de la maladie pendant plusieurs mois signifie que certains patients vont vivre activement avec leur traitement; ils vont continuer de vaquer à leurs activités comme la conduite automobile pendant plusieurs semaines ou plusieurs années et nous allons nous trouver confrontés à des questions que nous ne nous étions pas posées (voir Junod et coll.).

Au-delà de ces aspects pratiques, la question de la pertinence du traitement par opioïdes chez les survivants de cancer peut être discutée.[3] Une étude rétrospective sur 82471 patients survivants de cancer et qui n'avaient pas de traitement d'opioïdes lors du diagnostic a montré que 4,4% avaient ensuite été traités au long cours avec des opioïdes, ce qui est probablement sous-estimé en raison de certains biais. Parmi ces patients, 8% recevaient plus de 90 mg d'équivalents morphine par jour, 24% avaient une coprescription de gabapentinoïdes et 25% de benzodiazépines, ce qui les rend vulnérables aux effets secondaires et aux complications. Les patients survivants de cancer sont déjà prédisposés à une diminution de capacité fonctionnelle, aux douleurs chroniques, à l'incapacité de travail, à la dépression, la fatigue ou aux troubles du système immunitaire, de manière similaire à ce que pourrait provoquer la prise chronique

Articles publiés sous la direction de

MARC R. SUTER

Centre d'antalgie
Service d'anesthésiologie

Centre hospitalier universitaire vaudois
1011 Lausanne

ANNE-FRANCOISE ALLAZ

Spécialiste douleur SPS, Genève

SOPHIE PAUTEX

Service de médecine palliative

Hôpitaux Universitaires de Genève, Hôpital de Bellerive
Collonge-Bellerive

Bibliographie

1 – Suter MR, Allaz AF. De la prescription des opiacés : d'un extrême à l'autre. Rev Med Suisse 2017;13:1275-6.

2 – Ruchat D, Suter MR, Rodondi PY, et al. Consommation d'opioides entre 1985 et 2015 : chiffres suisses et mise en perspective internationale. Rev Med Suisse 2018;14:1262-6.

3 – Jones KF, Merlin JS. Approaches to opioid prescribing in cancer survivors: Lessons learned from the general literature. Cancer 2022;128:449-55.

4 – Salz T, Mishra A, Gennarelli RL, et al. Safety of opioid prescribing among older cancer survivors. Cancer 2022;128:570-8.

5 – Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical

Lire l'article en entier

Extrait de la Revue Médicale Suisse

POLITIQUE PROFESSIONNELLE

Littératie des données: plébiscite du Conseil national

INTERVIEW DE MONIQUE LEHKY HAGEN et DIEGO KUONEN PAR FRANCESCA SACCO

Avec 74,8% de voix en sa faveur, la motion pour l'implémentation de la littératie des données dans le domaine de la santé a largement rallié les suffrages du Conseil national, appelé à voter sur ce sujet à la mi-mai. Une décision cruciale en regard de la numérisation des données médicales.

UN SIGNAL POLITIQUE FORT

C'est la première fois que nos parlementaires se prononcent sur l'élaboration et l'implémentation d'une stratégie en littératie des données (data literacy) pour la numérisation du système de santé. La Suisse devient ainsi, après l'Allemagne, l'un des premiers pays au monde à reconnaître l'importance d'organiser et de coordonner les compétences requises pour collecter, gérer, évaluer et utiliser les données médicales. La transition numérique engendre une croissance des informations disponibles, avec une augmentation du nombre d'outils – par exemple, le dossier électronique du patient (DEP). Or l'utilisation adéquate de ces instruments requiert des compétences particulières. C'est, en grande partie, une question de bon sens et d'éducation à la compréhension critique des informations. Mais tout cela ne va pas de soi; il faut une volonté politique et un engagement sociétal fort pour pouvoir introduire le changement de culture ou de paradigme nécessaire à la mise en œuvre concrète de stratégies de data literacy. En ce sens, l'acceptation de la motion représente une première prise de conscience au niveau politique. Actuellement, l'expression «littératie des données» est encore trop souvent mal comprise.

Pour dire les choses simplement, il s'agit de renouer avec une curiosité et un

Lire l'article en entier

lien avec le développement des nouvelles technologies de la communication et de l'information, et avec les risques qui en découlent – citons, par exemple, le problème des fake news – il devient indispensable de promouvoir l'intégration de la data literacy dans tous les domaines de la société, et pas seulement dans le secteur médical.

LES ENJEUX DE LA MOTION

En fait, la littératie des données désigne des compétences qui doivent être développées tout au long de la vie; elles ne peuvent pas être figées une fois pour toutes ni cloisonnées. Personne ne peut prétendre détenir l'ensemble du savoir et des compétences nécessaires en la matière. Cela suppose un processus de formation continue, et ce processus est forcément interprofessionnel. Les enjeux sont importants et nombreux, car la littératie des données est susceptible d'améliorer, par exemple, la qualité des recommandations médicales et des critères de qualité pour la prise en charge des patients. À défaut, il y a un risque de décisions inadaptées, voire dangereuses pour la santé des personnes, avec en plus des conséquences économiques et financières potentiellement lourdes. Le risque est encore aggravé par le fait que de grandes quantités de données génèrent de nombreuses corrélations qui ne permettent pas de conclure à des causalités.

La récente pandémie de coronavirus donne une idée de ce que la data literacy pourrait apporter dans la gestion de certaines maladies, en permettant d'optimiser la collecte et le traitement des données et en facilitant ensuite l'identification des mesures de protection efficaces. La data literacy n'est pas une théorie abstraite; elle propose des marches à suivre concrètes dans ces processus de gestion. Ce fait est illustré par la campagne de prévention https://fr.data-literacy.ch/kampagne.

cularités qui la dispensent de s'intéresser à ce que font d'autres pays. Il existe beaucoup d'initiatives intéressantes à l'étranger, non seulement au niveau européen, mais aussi dans les pays en voie de développement, dont on peut s'inspirer. Des synergies doivent être cherchées. Une autre erreur serait de croire que la numérisation constitue une solution, alors qu'elle fait partie du problème. La littératie des données est une piste pour appréhender un problème complexe qui nécessite une approche multidisciplinaire et une coopération internationale pour s'entendre sur des standards.

QUE DEMANDE LA MOTION ?

La motion soumise par la commission de la santé du Conseil national demande d'intégrer officiellement la data literacy dans les projets de numérisation du secteur de la santé. L'OFSP, l'Office fédéral de la statistique et l'Académie suisse des sciences sont appelés à collaborer pour élaborer un code de data literacy et des directives compatibles au niveau international. De plus, la motion demande la mise sur pied d'un projet de collecte de données interconnectables dans le secteur ambulatoire, pour tirer des enseignements utiles de la pandémie de Covid-19. Enfin, elle demande le lancement d'une campagne de prévention basée sur les bonnes habitudes prises pendant la pandémie, afin de diminuer la propagation de nombreux autres virus et de sécuriser nos lieux de soins à moyen et long terme. En particulier, grâce à des mesures d'hygiène simples et solidaires et en utilisant un masque de protection – au bon moment et au bon endroit.

DRE MONIQUE LEHKY HAGEN

Présidente de la Société médicale du Valais
Avenue de France 8 – 1950 Sion

Extrait de la Revue Médicale Suisse

DROIT DE LA SANTÉ

Recherche avec des enfants et découvertes fortuites: quels devoirs des parents?

ALEXANDRE DOSCH et DOMINIQUE SPRUMONT

Rev Med Suisse 2022; 18: 1279-81 | *DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.787.1279*

Le participant à un projet de recherche peut choisir d'être ou de ne pas être informé de résultats indiquant qu'il souffre d'une maladie pour laquelle un traitement existe (découverte fortuite). Lorsque le participant est un enfant (< 14 ans) capable ou incapable de discernement ou un adolescent incapable (> 14 ans) ou capable de discernement mais que les risques et les contraintes du projet de recherche ne sont pas minimaux, ce droit est exercé par le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent (parent(s) ou tuteur). Sa décision doit reposer sur le bien de l'enfant ou de l'adolescent, qui implique de prendre toutes les mesures nécessaires de prévention et de protection de sa santé. Refuser une information portant sur l'existence d'une maladie frappant l'enfant ou l'adolescent est contraire au bien de celui-ci. Le représentant ne devrait donc pas pouvoir la refuser et les formulaires d'information et de consentement ne pas lui laisser le choix de ne pas savoir.

INTRODUCTION

Tout chercheur a l'obligation de communiquer aux participants les informations issues de découvertes fortuites pouvant affecter leur santé en indiquant de manière claire la présence d'une maladie. Selon l'article 8 al. 1 de la loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH), un participant à un projet de recherche peut toutefois choisir

DROIT DE NE PAS ÊTRE INFORMÉ D'UN ENFANT INCAPABLE DE DISCERNEMENT

L'article 8 LRH prévoit que tout participant à un projet de recherche a le droit d'être informé des résultats de recherche se rapportant à sa santé. Il peut également renoncer à cette information (article 8 al. 1 LRH, dernière phrase).

L'information que le participant est en droit de recevoir selon cette disposition ne porte pas sur l'ensemble des résultats d'une étude – bien qu'il soit recommandé aux investigateurs et sponsors d'informer les participants sur son avancée – mais essentiellement sur ceux se rapportant à son état de santé. On parle dans ce cas de *découvertes fortuites*: il s'agit des «résultats incidents obtenus à l'occasion d'examens pratiqués sur des participants à un projet de recherche [...]».[1] On les qualifie de «fortuites» parce qu'elles ne sont pas en rapport avec les résultats attendus de la recherche.

Pour que le chercheur doive communiquer une découverte fortuite, le Conseil fédéral considère qu'il doit en ressortir une «indication claire d'une maladie» qui est «largement confirmée».[2] Cette stricte restriction s'explique par le but du projet de recherche qui n'est souvent pas d'établir un diagnostic individuel des participants. La découverte fortuite ne fait donc pas référence à la possibilité lointaine d'une maladie ou d'une atteinte à la santé et, plus particulièrement, elle ne devrait pas

ment personnels.[5] Cela signifie que toute personne *capable* de discernement, y compris un mineur, peut exercer ce droit de manière autonome (article 19c al. 1 du Code civil (CC)), à moins que la loi n'exige le consentement du représentant légal. De manière générale, toute personne capable d'agir raisonnablement, c'est-à-dire de reconnaître les conséquences de ses actions et de se comporter selon cette appréciation, est capable de discernement. Cette capacité doit être examinée dans chaque cas concret et à l'aune d'une décision particulière.[6] Par exemple, plus le projet de recherche comporte des risques pour la santé de l'enfant, plus les exigences pour apprécier sa capacité seront élevées.

La LRH exige le consentement du représentant légal pour la participation d'un enfant (< 14 ans) *capable* ou *incapable* de discernement à un projet de recherche avec ou sans bénéfice escompté (article 22 LRH). C'est également le cas pour un adolescent (> 14 ans) *incapable* ou *capable* de discernement lorsque les risques et les contraintes du projet de recherche ne sont pas minimaux (article 23 LRH). Elle reste cependant muette quant au droit d'être informé. D'aucuns considèrent qu'il faut appliquer par analogie les articles 21 et suivants LRH relatifs à la participation à un projet de recherche à l'exercice du droit d'être informé uniquement dans le cas où un enfant ou un adolescent est *incapable* de discernement.[7]

Nous sommes d'avis qu'il faut conserver une certaine harmonie dans l'interprétation

Lire l'article en entier

Extrait de la FMH

curafutura
Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

FMH

MTK
MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG

Communiqué de presse – Berne, le 3 juin 2022

Tarif médical: la non-approbation du TARDOC est incompréhensible. Le partenariat tarifaire s'en trouve affaibli au détriment des patients et des payeurs de primes.

Le partenariat tarifaire est fortement affecté et la confiance dans le Conseil fédéral est atteinte. La révision est ainsi retardée pour de longues années.

La non-approbation du nouveau tarif médical TARDOC par le Conseil fédéral se fera au détriment des patients, des assurés et des médecins. Les partenaires tarifaires curafutura et FMH déplorent cette décision incompréhensible, car le tarif TARDOC répond aux critères d'approbation légaux et aurait permis une amélioration considérable par rapport au TARMED obsolète en augmentant l'efficacité et en éliminant les mauvais incitatifs. Pour la FMH et curafutura, la confiance entre les partenaires tarifaires et l'autorité d'approbation est ébranlée et la crainte est de voir le retard pris par le tarif médical, qui représente un tiers des primes, perdurer encore pendant des années. Le Conseil fédéral en porte la responsabilité.

Le tarif médical TARDOC a déjà été soumis à l'approbation du Conseil fédéral en 2019 et, conformément aux exigences de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), il a été complété à trois reprises en juin 2020, mars 2021 et décembre 2021. Le TARDOC remplit les conditions légales d'approbation. Premièrement, il réunit tous les fournisseurs de prestations (FMH, H+) et la majorité des assureurs (curafutura, SWICA et la CTM). Deuxièmement, il garantit la neutralité en termes de coûts grâce à un concept garantissant que le passage de l'ancien TARMED au nouveau TARDOC n'entraîne pas de coûts supplémentaires. La recommandation du Conseil fédéral de juin 2021 a été respectée (phase de neutralité des coûts prolongée à 3 ans). Le Conseil fédéral modifie pourtant à nouveau les règles du jeu concernant la neutralité des coûts. Sa décision de ne pas approuver le TARDOC est donc incompréhensible pour les partenaires tarifaires FMH, curafutura et CTM.

La non-approbation du TARDOC condamne les acteurs du système de santé à continuer à utiliser le TARMED obsolète, en vigueur depuis 2004 et qui ne correspond plus à la médecine moderne pratiquée aujourd'hui. Les incitatifs erronés qui sont apparus au fil du temps dans le TARMED vont perdurer, tout comme le gaspillage financier dû à une mauvaise allocation des ressources. Le renforcement voulu des soins médicaux de base fournis par les médecins de famille et les pédiatres sera quant à lui empêché pendant des années.

Confiance ébranlée et partenariat tarifaire affaibli

En outre, la non-approbation du TARDOC par le Conseil fédéral remet fondamentalement en question le partenariat tarifaire en tant que pilier central de la LAMal en ignorant de facto l'important travail fourni pendant dix ans depuis le lancement du projet pour un nouveau tarif médical. Dans ce contexte, il sera difficile pour les partenaires tarifaires de participer à d'autres importants travaux dans le domaine de la tarification, de crainte qu'ils ne soient pas

Lire l'article en entier

Extrait de la FMH

Mise à jour: 06.09.2018

Maîtriser les coûts de la santé, sans perte de la qualité des soins

La FMH soutient des mesures efficaces visant à contenir la hausse des coûts telles que…

- réduire les tâches administratives des médecins;
- uniformiser le financement des prestations ambulatoires et hospitalières (stationnaires);
- renforcer la prise en charge ambulatoire;
- optimiser la structure du système de santé;
- remplacer l'approche actuelle axée sur les coûts par la prise en compte des bénéfices des traitements pour les patients.

Contexte

Les dépenses mensuelles d'un ménage moyen pour les primes d'assurance-maladie ont augmenté de 100 francs entre 2006 et 2014. Même si cette hausse est inférieure à celles observées pour la charge fiscale (+370 CHF), la consommation (+325 CHF) ou l'épargne mensuelle (+715 CHF), les primes des caisses-maladie restent une charge notable pour les ménages aux revenus plus faibles[1].

La hausse constante des moyens mis à disposition s'explique par l'évolution démographique (population vieillissante) et les progrès de la médecine qui ouvrent toujours plus de possibilités pour traiter des maladies initialement difficiles à soigner.

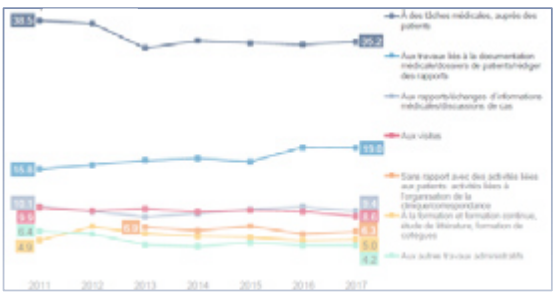
Or il est indispensable d'utiliser ces moyens à disposition de la manière la plus pertinente possible. C'est pourquoi, pour maîtriser les coûts, la FMH exige des mesures efficaces qui exploitent le potentiel d'efficacité inutilisé sans impacter la qualité des soins ni créer une médecine à deux vitesses.

Accroître l'efficacité sans perte de qualité des soins

Les mesures suivantes montrent qu'un énorme potentiel d'efficacité reste actuellement inutilisé, notamment au niveau des structures et du financement de notre système de santé; ces mesures pourraient être réalisées sans interférer sur la qualité des soins ni le libre choix du patient.

Réduire l'administration

Le potentiel d'efficacité d'une réduction des charges administratives est une évidence pour les médecins en Suisse: la gestion des dossiers médicaux prend, à elle seule, 19% du temps de travail des médecins hospitaliers et a augmenté de 26 minutes par médecin et par jour depuis 2011[2]. Les médecins doivent – et veulent – consacrer de nouveau plus de temps à leur activité principale, le contact avec les patients.



Source: gfs.bern, étude concomitante sur mandat de la FMH.

Rien que ce temps supplémentaire correspond à 662 postes de médecins (à 56 heures hebdomadaires). Cela devrait donner à réfléchir au manque de relève et de réglementations pour

Lire l'article en entier

Extrait de la FMH

FMH

Mise à jour: 06.09.2018

Les budgets globaux rationnent les prestations et conduisent à une médecine à deux vitesses

La FMH s'oppose aux budgets globaux parce qu'ils…

- impliquent un rationnement caché des prestations médicales;
- sont contraires au droit des assurés aux prestations inscrit dans la loi;
- délèguent la question du rationnement aux médecins;
- entravent les soins intégrés;
- sont inefficaces pour freiner les coûts.

Contexte

Un groupe d'experts instauré par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) propose l'introduction d'un budget global pour freiner la hausse des coûts de la santé en s'appuyant sur les modèles établis en Allemagne, en France et aux Pays-Bas.

Hormis le groupe d'experts, différents parlementaires ont déjà posé cette exigence. Le PDC a, pour sa part, annoncé une initiative intitulée «Frein aux coûts», exigeant également un budget global sous la forme d'objectifs et de plafonds contraignants.

L'objectif de ces réflexions politiques est d'introduire un budget global, c.-à-d. un plafond pour les coûts et/ou le nombre de prestations.

Les budgets globaux ne freinent que partiellement la hausse des coûts

L'Allemagne a introduit un budget global sur tout son territoire pour les secteurs ambulatoire et hospitalier en 1989. Les Pays-Bas aussi sont tenus de respecter des objectifs de dépenses fixés par le gouvernement. En cas de non-respect, ce dernier peut réduire ex post les budgets de tous les fournisseurs de prestations.

L'évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB entre 1980 et 2014 montre que les budgets globaux ne permettent pas forcément de freiner la hausse des coûts[1].

Pays	2003[2]	2013[3]	2014[4]	2015[5]	2016[6]
	11,5	11,1	11,4	11,5	12,4
	11,1	11,0	11,0	11,1	11,3
	9,8	11,1	10,9	10,8	10,5
	10,1	10,9	11,1	11,0	11,0
	7,7	8,5	9,9	9,8	9,7

Tableau: total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB).

En 2014, ce pourcentage a été pratiquement identique pour la Suisse, la Suède (11,2%), la France, l'Allemagne et les Pays-Bas. L'évolution en pourcentage du PIB en Allemagne, en France, aux Pays-Bas et en Suisse se situe autour de 10%. Le pourcentage est nettement plus faible en Grande-Bretagne même si la hausse entre 2003 (près de 7%) et 2014 (9,9%) reste importante dans ce pays[7].

En Suisse, l'art. 51 LAMal permet aux cantons d'instaurer des budgets globaux pour le secteur hospitalier. Concrètement, trois cantons font usage de cette possibilité: Genève, le Tessin et Vaud. Or, dans ces cantons, le budget global ne permet pas non plus de freiner la hausse des coûts.

Par ailleurs, il est intéressant de signaler que les cantons de Genève et de Vaud subventionnent massivement leurs hôpitaux publics avec des fonds publics, à hauteur (par cas en 2015) de 7653 francs pour Genève et de 4983 francs pour Vaud. Les cantons de Genève et de Vaud sont donc respectivement à 170% et 151% au-

Lire l'article en entier

1 Cf. The Commonwealth Fund: Health Care Spending as a Percentage of GDP, 1980–2014

1 Cf. The Commonwealth Fund: Health Care Spending as a Percentage of GDP, 1980–2014.

Extrait du Bulletin des Médecins suisses

La médecine, une marchandise?

Eberhard Wolff

Prof. Dr rer. soc., rédacteur Culture, histoire et société

Lors d'un de mes voyages en train, je suis tombé sur une de ces revues médicales gratuites grand public avec moults conseils pour mener une vie plus saine et traiter cystites, douleurs articulaires et apnée du sommeil.

Quasiment chaque article avait pour visée de vendre un produit: granules contre les kilos en trop, appareil contre les ronflements ou cours pour se relier à la nature. Hormis l'annonce du produit y figuraient également des précisions sur les points de vente, voire un talon de commande. J'avoue être soulagé de ne pas devoir écrire d'articles vantant les mérites d'un produit de consommation.

Face à de tels produits médiatiques, d'aucuns peuvent penser qu'il s'agit d'une pure *offensive marketing* ou d'«attrape-nigauds» qui réduisent la médecine à une simple marchandise. Mais une fois la tisane emballée et mise en vente, elle devient un produit de consommation au même titre que l'hôpital universitaire qui fait sa publicité dans le tram ou le texte que vous êtes en train de lire. Cela me réjouit d'ailleurs que les honoraires perçus permettent de payer quelques jours de loyer.

La marchandisation est le processus par lequel un objet se conforme aux lois du marché et devient une marchandise, voire une marque. Mais ce n'est pas nouveau. Deux siècles avant la marque «Aspirine», Friedrich Hoffmann, professeur de médecine à Halle, développait son produit phare nommé par la suite «Gouttes de Hoffmann». Même la Clinique Mayo et l'Hôpital de la Charité sont devenus des marques.

Une fois la tisane mise en vente, elle devient un produit de consommation au même titre que l'hôpital qui fait sa publicité dans le tram.

Lire l'article en entier

termes, devient une marchandise. Les valeurs telles que l'aide à autrui seraient sacrifiées sur l'autel du profit. L'exemple extrême étant le trafic d'organes.

L'idéalisation est le contraire de l'économisation: faire le bien, alléger les souffrances de l'humanité. C'est d'ailleurs aussi ce à quoi j'aspire dans mes textes, mais la question de l'idéalisme est plus complexe. Idéalisme et économie ne sont d'ailleurs pas totalement incompatibles. Le sociologue Pierre Bourdieu et ses successeurs estiment (je me permets de le reformuler de manière un peu imagée) que de nombreux biens immatériels tels que l'honneur, la morale ou la confiance représentent des «capitaux» et que dans notre société, ceux-ci sont constamment échangés et monnayés comme dans un bureau de change. La réputation, par exemple, peut devenir un capital économique ou inversement. Mais ce principe ne s'applique pas qu'en médecine: quand j'écris, je le fais toujours de manière sérieuse en essayant de paraître érudit.

Je me souviens d'un chirurgien esthétique qui concevait son travail exclusivement comme une offre répondant à une demande du marché.

De plus, tout le monde ne partage pas toujours le même avis sur ce qui est juste, beau et bon et sur la manière de sauver l'humanité. Je me souviens d'un chirurgien esthétique qui concevait son travail exclusivement comme une offre répondant à une demande du marché. En le présentant ainsi, il évitait de devoir se justifier d'un point de vue éthique ou moral. Réfléchir selon la logique de marché permet aussi de se protéger ou d'élargir son horizon.

Or, en médecine, ce n'est pas aussi simple, comme dans la vie d'ailleurs. Vous aimeriez en savoir plus? Utilisez donc ce talon imaginaire pour commander

Extrait du Bulletin des Médecins suisses

FMH Editorial 838

Décision du Conseil fédéral

Fixé mais pas approuvé, TARDOC jette les bases du tarif à la prestation

Urs Stoffel

Dr méd., membre du Comité central de la FMH, responsable du département Médecine et tarifs ambulatoires

Le 3 juin 2022, le Conseil fédéral a décidé de ne pas encore approuver la demande d'approbation du tarif à la prestation TARDOC pour les prestations médicales ambulatoires. Dans la foulée, lors de sa conférence de presse et dans une lettre publique adressée aux partenaires tarifaires, le Conseil fédéral a pourtant aussi clairement indiqué que les améliorations exigées devaient être apportées sur la base de la structure tarifaire TARDOC. Il demande également que ces améliorations soient développées par tous les partenaires tarifaires dans le cadre de la création imminente de l'organisation tarifaire ambulatoire commune (art. 47a LAMal). Le fondement du TARDOC est donc posé et il n'est plus question de revenir à la case départ.

Par ailleurs, le conseiller fédéral Alain Berset a de nouveau souligné qu'aucun facteur temps ne liait le dépôt du TARDOC à celui des forfaits ambulatoires, car le degré de maturité du TARDOC est nettement plus avancé que le développement des forfaits ambulatoires. Dans sa lettre aux partenaires tarifaires, le Conseil fédéral n'exige pas non plus que les forfaits et la structure tarifaire TARDOC soient remis en même temps. L'ensemble du Conseil fédéral a désormais clairement pris ses responsabilités et donné la priorité au TARDOC.

Il n'en reste pas moins que nous sommes bien évidemment déçus. Pour la FMH et curafutura, la structure à la prestation TARDOC serait dès maintenant prête à être approuvée. Or à présent, des prestations importantes, appropriées et économiques pour les patients telles que les soins chroniques, la médecine palliative et les offres numériques ne pourront toujours pas être tarifées et ce pour une durée indéterminée.

La manière dont cette décision du Conseil fédéral a été prise pose également question. Depuis le dépôt de la version 1.3, il y a cinq mois, nous n'avons reçu aucune réponse sur le fond, hormis un simple accusé de réception. Nous pensions au moins être contactés pour répondre à des questions ou clarifier des imprécisions. A ce jour, aucun rapport d'évaluation détaillé n'a été publié sur le TARDOC V1.3.

Que va-t-il se passer maintenant? Les partenaires tarifaires devront évaluer s'ils sont prêts à perfectionner encore cette structure tarifaire et à l'intégrer dans l'organisation tarifaire commune.

Pour la FMH, la question se pose également des conséquences de ces nouvelles conditions et obligations pour le corps médical. Ces dernières années, les autorités d'approbation ont modifié à plusieurs reprises les règles du jeu de manière unilatérale. A titre d'exemple, nous avons répondu à la demande de prolonger la phase de neutralité des coûts à trois ans. Maintenant, on nous demande de réduire la fourchette de 3 à 2,5% par an alors que l'année dernière, il n'en était nullement question dans la lettre du président de la Confédération Guy Parmelin. Enfin, le revenu de référence doit être corrigé à la baisse bien que les points contestés aient déjà été pris en compte, avec l'impact direct et considérable que cela implique sur la médecine de premier recours, sensiblement affaiblie au lieu d'être renforcée comme le prône simultanément le Conseil

Le 3 juin 2022, le Conseil fédéral a décidé de ne pas encore approuver le tarif à la prestation TARDOC.

Lire l'article en entier

Membres

Changement d'adresse et ouverture de cabinet

Dr Serge NEYROUD (médecine interne générale) exerce dorénavant rue de Carouge 24, 1205 Genève.

Dre Sophie RESTELLINI (gastroentérologie) exerce dorénavant à l'Hôpital de La Tour, Bâtiment B11, rue de Veyrot 39, 1217 Meyrin.

Dre Caroline WERNER (médecine interne générale) exerce dorénavant chemin du Champ-Baron 1, 1209 Genève.

Décès

Nous avons le profond regret de vous annoncer le décès du **Dr Jacques COMPÈRE**, survenu le 12 juin 2022 et du **Dr Serge AUBERSON** survenu le 11 juillet 2022.

Impressum

La Lettre – Journal d'information de l'Association des Médecins du canton de Genève ISSN 1022-8039

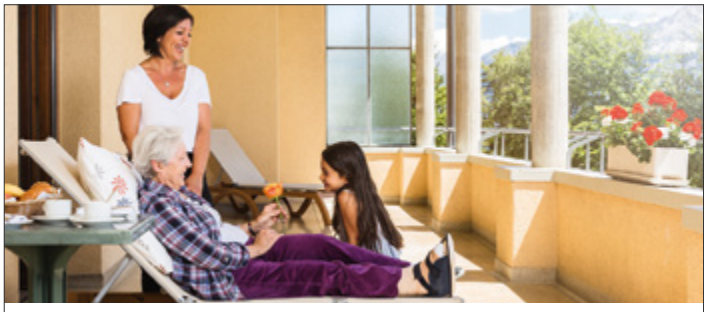
PARUTIONS
format imprimé : 4 fois par an ;
format digital : 6 fois par an

RESPONSABLE DE PUBLICATION
Antonio Pizzoferrato

CONTACT POUR PUBLICATION
Secrétariat AMGe
info@amge.ch

PUBLICITÉ
Médecine & Hygiène
022 702 93 41, pub@medhyg.ch

CONCEPTION & RÉALISATION
Bontron&Co
Loredana Serra & Marie-Claude Hefti



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

Médecine interne de réhabilitation

Nos pôles d'excellence :
- réhabilitation en médecine interne générale
- réhabilitation post-opératoire
- prise en charge des maladies chroniques et psychosomatiques
- enseignement thérapeutique

Admissions
Toute demande doit être motivée par le médecin prescripteur.
hug.plus/ccm-admission

HUG Hôpitaux Universitaires Genève

1009220

LOCATION

Bureaux de standing

Env. 255 m², dans un quartier calme de Champel-Florissant, à quelques minutes à pied de la Vieille-Ville, du centre-ville et des HUG. **CHF 400.-/m²**
Plusieurs places de parking disponibles en sous-sol.

ARGECIL IMMOBILIER
Tél.: +41 (0)22 707 08 01 - 078 771 88 90
pascale.arnold@argecil.ch - www.argecil.ch

SVIT · acpg · ACIGe

1009666