



**+** le 24 novembre  
**oui** au financement  
uniforme

- Éditorial de Franziska Lenz
- La FMH soutient la révision du tarif ambulatoire
- Advanced Practice Nurses et Physician Associates
- Une étape importante dans le remboursement des innovations

# Sommaire

<b>Éditorial de Franziska Lenz</b>	<b>3</b>
<b>La FMH soutient la révision du tarif ambulatoire</b>	<b>5</b>
<b>Intégration dans la pratique: Advanced Practice Nurses et Physician Associates</b>	<b>7</b>
<b>Une étape importante a été franchie dans le remboursement des innovations</b>	<b>11</b>
<b>Nouvelles du corps médical</b>	<b>13</b>
<b>Communications</b>	<b>14</b>

# Financement uniforme : un incitatif négatif en moins pour plus de médecine ambulatoire

**Modification de la LAMal** *Le financement uniforme permet de renforcer le virage ambulatoire et les soins intégrés, tout en réduisant la pression sur les tarifs. Un OUI à la modification de la LAMal le 24 novembre est donc capital, aussi pour les médecins !*



**Franziska Lenz**  
Co-chef(fe) Politique &  
communication

La nouvelle hausse des primes d'assurance-maladie annoncée en septembre par la conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider est regrettable, mais elle n'est pas inéluctable. Depuis longtemps, des possibilités existent pour réformer le système et pourraient contribuer à freiner la hausse des primes. Concrètement, l'introduction du financement uniforme des prestations de santé (anciennement EFAS) est une mesure efficace, qui aurait également une influence positive sur une autre mesure capitale : des tarifs appropriés, adaptés à la médecine d'aujourd'hui.

Avec le financement uniforme, toutes les prestations de santé – qu'elles soient fournies en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation – sont financées selon la même clé de répartition. Les cantons prennent en charge au moins un quart des coûts (26,9%), les caisses-maladie au maximum trois quarts (73,1%). Dans un deuxième temps, ce financement s'appliquera aussi aux soins de longue durée, qui seront financés selon la même clé dans toute la Suisse. Cela permettra de renforcer la médecine ambulatoire et les soins infirmiers, de promouvoir la coordination dans le domaine de la santé et d'alléger le poids des primes maladie sur le budget des ménages.

## **Pas un remède miracle, mais un élément déterminant du virage ambulatoire**

Pour que tout le monde – patientes et patients, professionnelles et professionnels de la santé et payeurs de primes – puisse profiter de cette réforme, le peuple suisse devra valider la modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) le 24 novembre prochain, contre la

quelle les syndicats ont saisi le référendum. Or à l'instar du Conseil fédéral, du Parlement et des cantons, tous les acteurs du secteur de la santé soutiennent le financement uniforme, et notamment les principaux concernés : le corps médical, les soins à domicile et toutes les associations d'établissements médico-sociaux. La réforme du financement uniforme n'est pas un remède miracle, mais elle élimine un incitatif négatif fondamental. Aujourd'hui, les traitements hospitaliers sont financés à 55% par les impôts et à 45% par l'argent des primes, tandis que les traitements ambulatoires sont pris en charge uniquement (à 100%) par les primes. Le virage ambulatoire, c'est-à-dire le transfert des traitements hospitaliers vers l'ambulatoire (donc sans séjour hospitalier), est à la seule charge des personnes et des ménages qui paient les primes d'assurance-maladie, qui ne bénéficient ainsi pas ou peu des avantages financiers de l'ambulatoire : la part financée par les primes par tête augmente tandis que la compensation sociale diminue. Le système de financement actuel ralentit le virage ambulatoire et n'exploite pas le potentiel permettant de maîtriser la hausse des coûts et de développer la qualité. Pour que les cantons et les assureurs-maladie aient un intérêt commun à promouvoir les traitements médicalement les plus pertinents et les plus avantageux, il faut qu'ils financent ensemble toutes les prestations.

## **Plus qu'un simple avantage en termes de coûts : le renforcement des soins intégrés**

Le financement uniforme ne se résume pas uniquement aux coûts et aux primes – il s'agit



**Freiner les primes et préparer l'avenir !**

**Maîtriser les coûts, renforcer les soins.**

**oui+**

le 24 novembre  
**au financement uniforme**  
(réforme de la LAMal)

financement-uniforme.ch

avant tout de prise en charge médicale. Il jette les bases d'un système de santé ouvert sur l'avenir alliant qualité et efficacité; un aspect qui, malheureusement, n'est pas assez pris en compte dans le débat politique sur les coûts. Le développement des soins intégrés, qui exige des investissements dans l'ambulatoire afin de réduire les séjours hospitaliers, est pénalisé par le financement actuel. Ce qui se traduit par une situation paradoxale: les assureurs-maladie sont appelés à investir alors que les cantons font des économies. Prenons l'exemple de l'opération du canal carpien réalisée sans hospitalisation. Le canton profite de 87 % des coûts économisés contre seulement 13 % pour l'assurance-maladie. Le financement uniforme rend les modèles de soins intégrés plus attrayants pour les assureurs, qui ne se cantonnent pas uniquement à investir, mais bénéficient également des avantages en termes de coûts.

Les soins intégrés présentent des avantages significatifs en particulier sur les coûts des ma-

ladies fréquentes et coûteuses. Les investissements dans le secteur ambulatoire permettent de garantir une meilleure coordination, par exemple en renforçant la concertation entre les différents intervenants ou en recourant à une assistante médicale spécialement formée pour accompagner les patientes et les patients. Il devient ainsi possible d'éviter les doublons et les mesures inutiles et de réduire les séjours hospitaliers. Au-delà des avantages indéniables pour les patients, les soins intégrés ouvrent la voie à tous les professionnels de la santé, y compris aux médecins, vers une collaboration interprofessionnelle plus efficace – et contribuent à améliorer la qualité, car les rabais accordés dans le cadre des modèles de soins intégrés peuvent être investis dans le développement de la qualité.

#### **Un OUI le 24 novembre diminuerait la pression politique sur les coûts**

En raison du système de financement actuel, c'est surtout le tarif ambulatoire qui subit l'énorme pression politique exercée sur les coûts, alors que la médecine ambulatoire est pourtant la médecine au meilleur coût. Cette pression s'explique par le fait que la médecine ambulatoire a un impact direct sur les primes et que celles-ci figurent en tête de liste des préoccupations de la population. Les milieux politiques ont pris conscience de la nécessité d'agir et tentent d'apporter des solutions. Si celles-ci partent généralement d'une bonne intention, il est bien connu qu'elles n'aboutissent pas toujours aux résultats escomptés.

Dans le système politique de notre pays, basé sur le principe de la concordance, les décisions politiques sont obtenues par la collaboration et le compromis entre plusieurs partis et différents groupes d'intérêts. Cela exige des débats, beaucoup de débats, et la volonté de toutes et tous d'essayer de se rapprocher les uns des autres et de trouver des solutions – qui, par nature, ne sont jamais parfaites, mais présentent au moins des avantages pour un grand nombre. La réforme du financement uniforme est le fruit d'un tel processus. Il a fallu 14 ans au Parlement pour adopter la modification de la LAMal. Si cet incitatif négatif n'est pas supprimé, les problèmes existants empireront – au détriment des soins aux patients et des conditions de travail des professionnels de la santé. Les médecins sont des ambassadeurs crédibles et leur engagement est décisif pour que cette réforme importante soit adoptée le 24 novembre prochain !

# La FMH soutient la révision du tarif ambulatoire avec des mesures d'accompagnement

**Tarifs ambulatoires** Lors de la séance du 26 septembre 2024, les membres de l'Assemblée des délégués de la FMH ont approuvé à l'unanimité le paquet global des « Tarifs ambulatoires » en vue de sa remise au Conseil fédéral par l'OTMA SA en même temps que des mesures d'accompagnement. Le but est d'assurer l'introduction au 1<sup>er</sup> janvier 2026 du nouveau système tarifaire complexe (tarif à la prestation TARDOC et forfaits ambulatoires), tout en garantissant une prise en charge de haute qualité pour les patientes et les patients et une rémunération conforme à la LAMal.

## Patrick Müller

Chef de la division Médecine et tarifs ambulatoires

A l'été 2019, curafutura et la FMH remettaient la structure tarifaire ambulatoire TARDOC pour la première fois au Conseil fédéral. Depuis, le TARDOC a été redéposé à plusieurs reprises, la dernière fois en décembre 2023, à chaque fois après avoir été remanié sur la base des rapports d'évaluation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et des conditions formulées par le Conseil fédéral. Lors de sa séance du 3 juin 2022, le Conseil fédéral avait décidé que la structure tarifaire TARDOC n'était pas encore prête à être approuvée, tout en précisant qu'elle pourrait matériellement l'être à condition d'adapter la neutralité des coûts et d'établir des concepts permettant de corriger les lacunes encore existantes. Face à l'urgence d'un nouveau système tarifaire et afin d'éviter une nouvelle intervention du Conseil fédéral au détriment du corps médical, la FMH a procédé à de nouvelles adaptations du concept de neutralité des coûts et élaboré

la version 1.3.2 du TARDOC. Les forfaits ambulatoires ont continué d'être développés en parallèle par solutions tarifaires suisses SA (STS SA) avec les principaux partenaires tarifaires concernés, H+ et santésuisse. Le 1<sup>er</sup> décembre 2023, le TARDOC version 1.3.2 (soutenu par la FMH et curafutura) et les forfaits ambulatoires (soutenus par santésuisse et H+) ont été soumis au Conseil fédéral pour approbation. Le 19 juin 2024, le Conseil fédéral a décidé que le TARMED serait remplacé par un nouveau tarif ambulatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2026. Simultanément à l'approbation partielle du TARDOC et de 119 forfaits ambulatoires, il a également précisé que d'autres forfaits pouvaient être ajoutés, tout en limitant leur volume de facturation. Enfin, les travaux visant à satisfaire aux exigences posées doivent être achevés et la demande d'approbation déposée auprès du Conseil fédéral d'ici fin octobre 2024.

## Les délégués soutiennent le paquet global présenté

Par cette décision, la FMH réaffirme son engagement en faveur d'un renforcement

**Par cette décision, la FMH réaffirme son engagement en faveur d'un renforcement durable de la médecine ambulatoire.**

durable de la médecine ambulatoire; la forme de prise en charge au meilleur coût. Le paquet global présenté par l'OTMA SA comprend le tarif à la prestation TARDOC et une sélection de forfaits ambulatoires, qui seront tous deux introduits le 1<sup>er</sup> janvier 2026 dans le respect des exigences légales de neutralité des coûts.

## Des mesures d'accompagnement sont nécessaires

En examinant les forfaits, ce qui n'a été possible qu'après l'approbation partielle, les sociétés de discipline médicale ont re-

**Pour pallier les lacunes liées à l'absence d'homogénéité médicale ou au manque de données, certains des forfaits doivent être retravaillés en collaboration avec les sociétés de discipline médicale.**

levé de nombreuses lacunes liées à un manque de données ou à l'absence d'homogénéité médicale. De plus, combiner le TARDOC aux forfaits constitue un défi pour le système tarifaire, qui doit tenir compte à la fois des besoins du secteur ambulatoire des hôpitaux et des médecins en cabinet privé, et plus particulièrement des médecins de premier recours. Pour les pédiatres, les médecins de famille et les psychiatres notamment, il est urgent que le TARDOC remplace la structure tarifaire TARMED, dépassée et totalement inadaptée. Parallèlement, les exigences en matière de neutralité des coûts ne doivent pas se traduire par une hausse aussi forte qu'inattendue des coûts de la médecine spécialisée ou des centres ambulatoires hospitaliers que devrait compenser la médecine de premier recours. Dans cette réforme tarifaire importante et complexe, les éventuelles corrections visant à garantir la neutralité des coûts ne doivent pas intervenir au détriment de la médecine de premier recours.

Par ailleurs, la mise en pratique du nouveau tarif ne pourra pas être testée avant son lancement, alors qu'il s'agit d'un volume annuel de près de 14 milliards de francs issus de l'assurance obligatoire des soins (AOS). C'est pourquoi des mesures d'accompagnement temporaires, au sens de dispositions transitoires, sont absolument nécessaires pendant l'année d'introduction afin de réduire les risques. L'introduction de forfaits ambulatoires et l'application du TARDOC dans les domaines de spécialisation ne doivent pas pénaliser les soins de premier recours. Pour pallier les lacunes liées à l'ab-

sence d'homogénéité médicale ou au manque de données, certains des forfaits prévus pour le 1<sup>er</sup> janvier 2026 devront être retravaillés en 2025 et 2026 en collaboration avec les sociétés de discipline médicale. Ces forfaits remaniés entreront ensuite en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2027.

Les modalités d'introduction (mesures d'accompagnement) doivent faire l'objet d'une convention entre les partenaires tarifaires afin de garantir la prise en charge des patientes et des patients, la qualité des soins et une rémunération conforme aux exigences de la LAMal. Sans modifier le paquet global tel qu'il a été présenté, cette convention vise à ce que l'introduction du TARDOC et des forfaits ambulatoires ne subisse aucun retard au 1<sup>er</sup> janvier 2026. Les modalités d'introduction précisent également la marche à suivre pour continuer le développement du TARDOC et des forfaits ambulatoires après leur entrée en vigueur.

**Prochaines étapes et perspectives**

Il appartient maintenant aux partenaires tarifaires et au Conseil fédéral de soutenir cette révision importante pour ren-

forcer le secteur ambulatoire et alléger le poids des primes sur le budget des ménages. Fin octobre 2024, les partenaires tarifaires décideront s'ils soumettent le paquet global pour approbation comme le demande le Conseil fédéral ou si, en absence de soutien des partenaires tarifaires, le Conseil fédéral fera usage de sa compétence subsidiaire pour fixer le TARDOC et les forfaits ambulatoires. La FMH rappelle que le TARDOC, des forfaits ambulatoires appropriés et des mesures d'accompagnement temporaires permettent de créer une structure tarifaire équitable et transparente, avec laquelle il sera possible d'aborder les défis de demain dans l'intérêt de la population suisse. Nous ferons à nouveau le point en fin d'année et vous soutiendrons activement dans les travaux préparatoires en prévision de l'entrée en vigueur.

**Informations complémentaires**

<https://tardoc.fmh.ch/fr/index.cfm>

*Correspondance :*

*Division Médecine et tarifs ambulatoires,*  
[tarife.ambulant@fmh.ch](mailto:tarife.ambulant@fmh.ch)

**Le TARDOC couplé aux forfaits ambulatoires et à des mesures d'accompagnement crée une structure équitable et transparente, avec laquelle il sera possible d'aborder les défis de demain dans l'intérêt de la population.**

# Advanced Practice Nurses et Physician Associates

**Intégration dans la pratique** *Les Advanced Practice Nurses (APN) et les Physician Associates (PA) sont de plus en plus nombreux à intégrer la pratique médicale. Bien que leurs formations et activités cliniques diffèrent, leurs rôles sont souvent confondus, c'est pourquoi une clarification de leurs responsabilités et de leurs rôles respectifs s'avère nécessaire.*

## Sonia Barbosa

MHS, cheffe de la division Prestations et développement professionnel de la FMH

## Catherine Gassmann

MSN, enseignante en sciences infirmières/Advanced Practice Nurse à la Haute école spécialisée de la Suisse orientale

## Katharina Fierz

Prof. directrice de l'Institut des sciences infirmières de la Haute école spécialisée zurichoise

## Henk Verloo

Prof. clinicien spécialisé auprès du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé du CHUV

## Stefanie Brown

MSN, enseignante en sciences infirmières/Advanced Practice Nurse APN-CH, Haute école spécialisée Careum

## Monica Bianchi

Prof. directrice du programme MSN sciences infirmières à la Haute école spécialisée de Suisse italienne

## Christian Eissler

Prof. directeur du programme MSN sciences infirmières à la Haute école spécialisée bernoise

## Philippe Eggimann

Dr méd., p.-d. et vice-président de la FMH

## Maya Zumstein-Shaha

Prof. FAAN, directrice adjointe du programme MSN sciences infirmières à la Haute école spécialisée bernoise et p.-d. à la faculté de santé, école de soins infirmiers, Université Witten/Herdecke, Allemagne

compétences des profils professionnels doivent être redéfinies. Cet article vise à clarifier les rôles, responsabilités et compétences de ces deux profils professionnels qui s'insèrent dans la pratique médicale, les Advanced Practice Nurses (APN) et les Physician Associates (PA).

## Formation

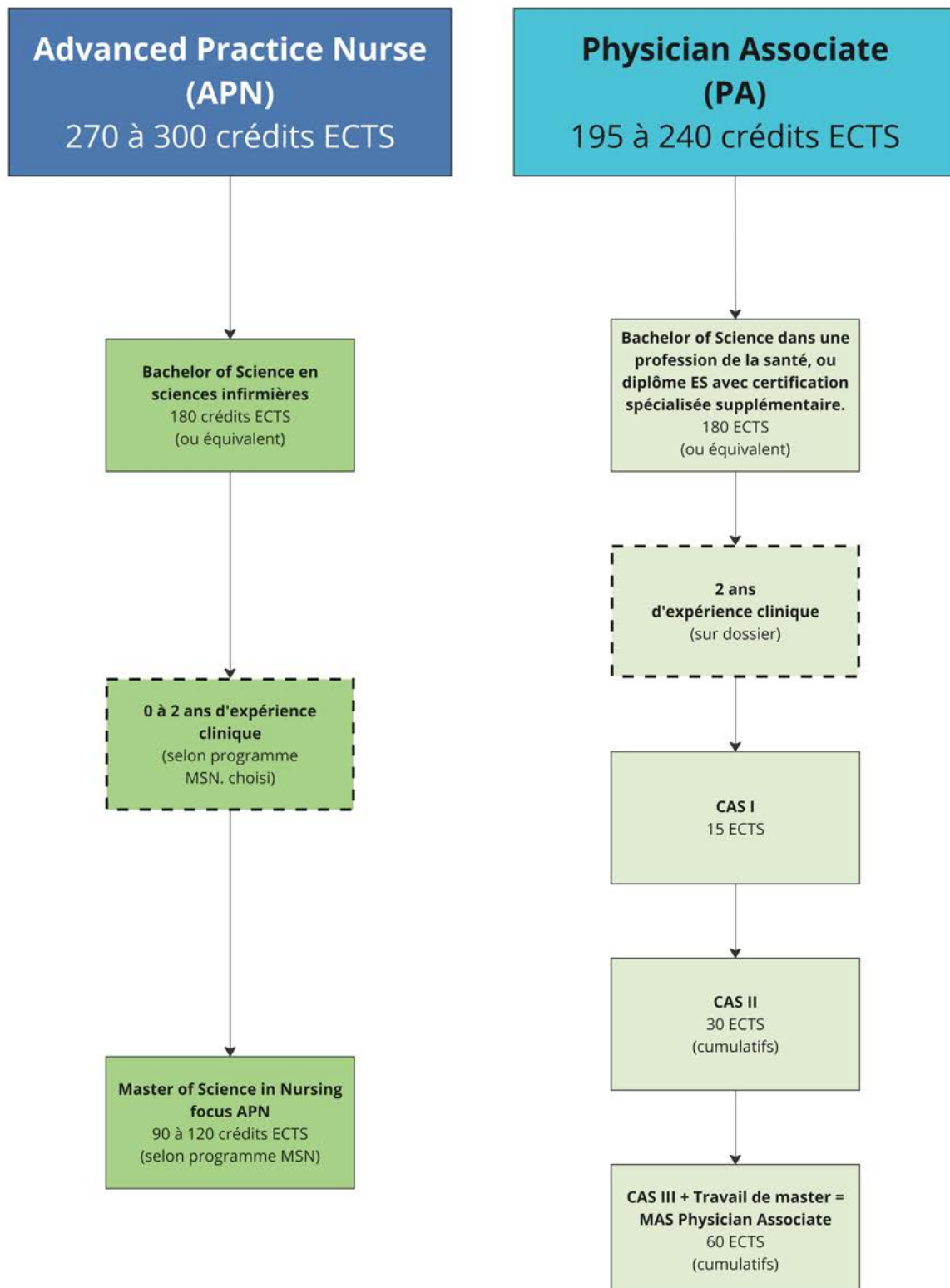
La formation des APN suit une trajectoire académique supérieure, l'obtention d'un Bachelor en sciences infirmières (BSN) crédité de 180 ECTS devant être complétée par celle d'un Master en sciences infirmières (MSN) d'au moins 90 ECTS. Les programmes de formation MSN comprennent des cours de pharmacologie et de physiopathologie et intègrent l'évaluation et le raisonnement cliniques, la prise de décision et la gestion de situations cliniques spécifiques [2]. Ce cursus conduit les APN à gérer de manière autonome des situations de soins complexes ainsi que leur suivi. Dans la pratique, certaines activités cliniques relèvent de la pratique médicale, tout en gardant une approche centrée sur la perspective des soins, c'est dans ce contexte que les questions de task-sharing et de task-shifting devront être définies par le législateur quant à leurs rôles et responsabilités [3, 4, 5]. Non inclus dans la loi sur les professions de la santé (LPSan), les standards minimaux sont définis par l'association APN-CH qui se charge également de délivrer les reconnaissances. Depuis 2006, plus de 1000 personnes [6] ont obtenu un MSN avec focus APN et une centaine d'entre elles ont obtenu la reconnaissance de l'association APN-CH [7].

La formation PA suit une autre trajectoire, à savoir celle de la formation professionnelle continue. Les candidates et candidats sont des professionnels de la santé de niveau Bachelor of Science (BSc), ou des infirmières et infirmiers de niveau école spécialisée (ES) ayant obtenu un diplôme d'expertise supplémentaire (p. ex. infirmier intensiviste EPD ES), et disposant de deux années d'expérience clinique. Ils s'astreignent à une formation continue en cours d'emploi, dont le cursus requiert trois certificats d'études avancées (CAS) de 15 ECTS, condui-

Parmi les défis auxquels notre système de santé doit faire face, la pénurie de professionnels capables d'assurer les prestations médicales est parmi les plus importants. C'est pourquoi les

sant à l'obtention du Master d'études avancées (MAS) PA (60 ECTS). Cette formation les prépare à exercer une activité médico-déléguée sous la responsabilité d'une ou d'un médecin spécialiste. Non reconnue par la LPSan, la profession est régie par l'association Physician Associates Switzerland qui bénéficie du conseil spécialisé de la Commission Physician Associates de la FMH. Basée sur les sciences médicales, la formation vise

une identité professionnelle propre. Son objectif est un ancrage pérenne dans le système de formation suisse, c'est pourquoi une demande pour instaurer un BSc Physician Associate est en cours. Actuellement, les PA travaillent principalement en milieu hospitalier sous la responsabilité directe des médecins cadres dans des domaines de spécialité divers (p. ex. chirurgie viscérale, cardiologie, orthopédie, réadaptation).





## Vignettes cliniques

### APN en hôpital

Lisa travaille dans l'équipe APN d'une clinique oncologique universitaire qui collabore avec sept médecins spécialistes en onco-hématologie. Elle suit des patientes et des patients dans l'ensemble de leur trajectoire clinique et au-delà. Son travail inclut l'évaluation clinique de leur pathologie et ses conséquences sur leur situation de vie. Lisa a une vue d'ensemble des signes et symptômes ressentis par la patiente ou le patient et de la charge associée. Lors de ses consultations, elle se focalise sur le traitement des symptômes, la promotion de la santé, la prévention, et soutient ses patientes et ses patients dans l'autogestion de leur maladie. Elle prescrit des examens de dépistage et de suivi ainsi que des traitements médicamenteux orientés sur le traitement des symptômes. Lisa rapporte aux médecins référents et leur fournit une mise à jour. Elle participe à la définition des plans d'investigation et de traitement et les explique à la patiente ou au patient. Lors des consultations, Lisa peut à tout moment contacter les médecins traitants par visioconférence, si nécessaire.

### APN en cabinet médical

Grégoire travaille en tant qu'APN dans un cabinet de médecine de famille qui occupe également trois médecins et deux coordinateurs en médecine ambulatoire (CMA). Il accueille en consultation des patientes et patients atteints de maladies chroniques, effectue des visites à domicile, accompagne des patientes et patients en fin de vie, et occupe la fonction de référent auprès de l'équipe de soins de l'EMS régional. Au quotidien, son travail inclut l'évaluation clinique ainsi que l'évaluation de la situation de vie des patients. Il prescrit des examens diagnostiques et propose des traitements sous délégation médicale. Dans son travail, il se focalise sur la promotion de la santé, la prévention et le soutien des patientes et des patients dans l'autogestion de leur maladie. Il fait également le lien avec d'autres fournisseurs de prestations, comme les soins à domicile. À l'EMS, Grégoire étudie les dossiers et rend visite aux résidentes et résidents en fonction des renseignements donnés par l'équipe de soins, qu'il forme également sur des questions portant sur les soins ou les traitements à prodiguer (p. ex. le diagnostic et le traitement de personnes avec douleurs réfractaires). Ainsi, il contribue à la stabilisation de situations ayant un potentiel d'aggravation.

### PA en hôpital

Jonas est PA au bénéfice d'une formation d'infirmier ES, il suit actuellement une formation en vue de l'obtention du MAS PA. Il travaille dans le service de neurochirurgie d'un grand hôpital cantonal. Intégré à l'équipe médicale, il fait le lien entre le personnel soignant et les intervenants externes (p. ex. médecins consultants, ergothérapeutes, services sociaux). Il participe au rapport médical où il présente les patientes et les patients dont il s'occupe. Les visites sont ensuite menées, soit seul, soit en duo avec le médecin référent lors des cas complexes. Il prescrit des examens de routine et des médicaments selon les lignes directrices en vigueur dans le service. Lorsqu'un traitement médicamenteux doit être adapté ou qu'une ordonnance de radiologie ou de physiothérapie doit être remplie, ceux-ci sont discutés et exécutés sous délégation médicale en suivant des protocoles cliniques établis pour le service. Jonas possède des compétences spécifiques à sa discipline, comme l'évaluation clinique, le diagnostic et le traitement de plaies ainsi que les contrôles par ultrasons des vaisseaux intracrâniens. Tout ce qui touche à l'autonomie décisionnelle des patients, comme le fait d'accepter ou de refuser une opération, tombe sous la responsabilité médicale. Tout ce qui comprend les entretiens avec les proches, les explications et les clarifications liées à un traitement nécessitant un conseil spécialisé ainsi que l'accompagnement du patient et de ses proches est sous la responsabilité directe de Jonas.

**Les philosophies de formation et les bases sur lesquelles elles s'appuient répondent à deux schémas différents**

## PA en réadaptation

Emma est PA et a suivi une formation de base de physiothérapeute. Elle a obtenu un MAS PA et travaille dans une clinique de réadaptation. Cette clinique compte quatre PA au total, tous intégrés dans l'équipe médicale, sous la responsabilité de la médecin-chef et de deux chefs de clinique. Emma et ses collègues assurent la continuité des soins des patientes et des patients, ce qui implique la gestion de la communication entre les équipes médicales de nuit et de jour, la clarification de toute question posée par l'équipe soignante, la gestion des entrées et des sorties des patients, l'adaptation des traitements médicamenteux selon les protocoles cliniques du service, et la négociation des garanties de prise en charge avec les caisses-maladie. Plus concrètement, les PA font les visites auprès des patients et clarifient toute question que ces derniers auraient concernant leur état de santé, et ce, de manière autonome ou après consultation des chefs de clinique selon la complexité du cas. De même, dans le cadre des entrées en clinique, ils effectuent des anamnèses, des évaluations cliniques et des auscultations. Les cas sont ensuite discutés avec les chefs de clinique avant la visite médicale en binôme.

## Discussion

La clarification des responsabilités et des rôles respectifs des PA et des APN permet d'identifier certaines des raisons de confusions observées à ce sujet. Premièrement, lorsqu'on implémente des professions qui ne bénéficient pas d'un cadre légal définissant leurs compétences, celles-ci se développent en fonction du besoin du service clinique qui les engage, et non pas sur des critères contraignants, comme c'est par exemple le cas dans la

## Les rôles de PA et d'APN sont importants et complémentaires

formation postgraduée des médecins-assistantes et des médecins-assistants. Deuxièmement, étant donné que la majorité des personnes qui suivent une formation de PA sont issues des soins infirmiers, les rôles se mélangent davantage. Ces éléments méritent d'être corrigés dans l'évolution des législations cantonales et fédérales. Il est également important de souligner que les cadres dans lesquels les APN et les PA évoluent diffèrent fortement. Le rôle d'APN est né d'un besoin reconnu en vue d'une pratique infirmière avancée et répondant

aux besoins d'une patientèle complexe. Le rôle de PA est quant à lui né suite à l'identification du besoin de disposer d'une profession intermédiaire, issue des sciences de la santé, entre l'assistant médical et le médecin. Il est important de retenir que parmi les défis identifiés pour la couverture des soins en Suisse, l'augmentation du personnel de santé qualifié capable de réaliser des prestations incluses dans la pratique médicale pour répondre aux besoins de la population doit être considérée comme prioritaire. C'est pourquoi les rôles de PA et d'APN sont importants et complémentaires et ne doivent pas être mis en concurrence. Ils doivent contribuer à garantir l'accessibilité et la qualité des soins médicaux aux côtés des médecins et au bénéfice de la population.

*Correspondance*  
[devprof@fmh.ch](mailto:devprof@fmh.ch)

## Bibliographie

- Eissler, C., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Kompetenzniveaus neuer Rollen in der Schweizer Gesundheitsversorgung: eine Literaturrecherche. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00958-w>
- Schirmer, A.-M., Golz, C., & Eissler, C. (2024). Advanced Nursing Practice im europäischen Raum. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01116-0>
- Eissler, C., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Kompetenzniveaus neuer Rollen in der Schweizer Gesundheitsversorgung: eine Literaturrecherche. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00958-w>
- Zumstein-Shaha, M., Schneuwly, F., & Eissler, C. (2024). Partage ou transfert des tâches? *Bulletin des médecins suisses*, 105(10), 40-42. <https://doi.org/https://doi.org/10.4414/saez.2024.1359892962>
- Zumstein-Shaha, M., von Dach, C., Moramba, R., Thormann, K., Schenk, M., Froehli, C., Schlunegger, M. C., Hahn, S., & Eissler, C. (2022). Neue Rollen der nicht-ärztlichen Berufe in der Schweizer Grundversorgung. *Primary and Hospital Care - Allgemeine Innere Medizin*, 22(4), 106-109. <https://phc.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/phc-f.2022.10398/?limit=all&cHash=8a-c617384232a0073235f44338f9ccf7>
- Osińska, M., Koch, R., Mahrer-Imhof, R., & Zúñiga, F. (2022). Enquête Master 2022. Enquête auprès des détentrices et détenteurs d'un Master of Science in Nursing travaillant en Suisse. <https://apn-ch.ch/news/masterumfrage-2022>.
- Voir registre d'APN-CH et conditions d'accès sur APN-CH : Organisation de la réglementation
- Cawley, J. F., Andrews, M. D., Barnhill, G. C., Webb, L., & Hill, I. K. (2001). What makes the day an analysis of the content of physician assistants' practice. *JAAPA*, 14(5), 41-44, 47-50, 55-46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11523338>
- Gadbois, E. A., Miller, E. A., Tyler, D., & Intrator, O. (2015). Trends in State Regulation of Nurse Practitioners and Physician Assistants, 2001 to 2010. *Medical Care Research and Review*, 72(2), 200-219. <https://doi.org/10.1177/1077558714563763>

# Une étape importante a été franchie dans le remboursement des innovations

**Remboursement plus rapide des innovations** *Dès 2025, une partie des prestations médicales innovantes et très coûteuses bénéficieront d'une procédure accélérée et uniforme à toute la Suisse pour les demandes de remboursement. Les partenaires de SwissDRG SA se sont mis d'accord et ont défini une procédure ouverte dans un premier temps aux seuls médicaments de thérapie innovante, les ATMP<sup>1</sup>, de plus de 80 000 francs.*

## Anna Imhof

Dre méd., experte, division Médecine et tarifs hospitaliers de la FMH

## Beatrix Meyer

Cheffe de la division Médecine et tarifs hospitaliers de la FMH

Dans le domaine des soins somatiques aigus hospitaliers, il faut parfois attendre jusqu'à cinq ans pour que les nouvelles prestations soient remboursées conformément à leurs coûts. Une des raisons à cela est liée au fait que SwissDRG SA poursuit le développement de la structure tarifaire en se basant sur les données relatives aux coûts et aux prestations transmises par les hôpitaux. Dans l'intervalle, les hôpitaux continuent donc à assumer les coûts des éventuelles pertes financières liées à la fourniture d'une nouvelle prestation, ce qui est problématique quand il s'agit de prestations innovantes très coûteuses. Parfois, ce sont justement des raisons financières qui empêchent les hôpitaux de fournir de telles prestations, si bien que les données requises ne sont pas saisies dans les systèmes et ne peuvent donc pas être prises en compte pour le calcul de la structure tarifaire; un cercle vicieux. Différentes solutions transitoires ont été tentées sans succès probant ou sans possibilité de mise en œuvre à l'échelle nationale. Pour le corps médical, il est pourtant primordial que tous les patients aient rapidement accès aux prestations innovantes dans toute la Suisse. C'est pourquoi la FMH s'engage depuis longtemps pour un remboursement rapide des innovations en soumettant différentes propositions de solutions à ses partenaires.

## Procéder par étapes en vue d'un compromis

Si les partenaires de SwissDRG SA<sup>2</sup> se sont rapidement mis d'accord pour que les demandes de remboursement au titre de rémunération supplémentaire soient accélérées, les négociations pour savoir quelles prestations proposées étaient éligibles se sont révélées plus ardues. Les partenaires ont convenu de considérer uniquement les prestations qui remplissent les conditions d'une procédure rapide d'autorisation de mise sur le marché conformément à l'article 7 de l'ordonnance sur les médicaments (OMéd). Cela concerne les diagnostics ou les traitements qui promettent un bénéfice thérapeutique élevé en cas de maladies graves, invalidantes ou mortelles pour lesquelles les possibilités de traitement existantes sont insatisfaisantes. Hormis cette condition, les assureurs ont plaidé pour introduire des restrictions supplémentaires alors que les fournisseurs de prestations auraient préféré pouvoir demander des rémunérations supplémentaires pour toutes les innovations au sens de l'article 7 de l'OMéd. Les partenaires ont finalement trouvé un compromis et se sont entendus sur une procédure par étapes.

## Remboursement rapide des ATMP de plus de 80 000 francs

Dans un premier temps, seuls les médicaments de thérapie innovante (ATMP) de plus de 80 000 francs<sup>3</sup> bénéficieront d'une procédure accélérée de demande de remboursement au titre de rémunération supplémentaire. Les partenaires de SwissDRG SA ont défini une [procédure](#)<sup>4</sup> qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2025 et qui prévoit que les fabricants et les partenaires peuvent demander à SwissDRG SA une rémunération supplémentaire pour les prestations innovantes. Si les conditions

susmentionnées sont remplies (médicaments de thérapie innovante de plus de 80 000 francs conformément à l'art. 7 de l'OMéd) et que le produit ne figure pas sur la liste des spécialités, les partenaires tarifaires négocient le prix avec le fabricant. Si la négociation aboutit, H+ et les assureurs concluent une convention tarifaire qu'ils soumettent ensuite au Conseil fédéral pour approbation. Après le feu vert de Swissmedic, qui autorise la mise sur le marché, la prestation est remboursée par une rémunération supplémentaire.

### Évaluation des autres innovations

Dans un deuxième temps, SwissDRG SA évaluera fin 2026 quelles autres prestations innovantes au sens de l'art. 7 OMéd (médicaments de thérapie innovante de moins de 80 000 francs ou des prestations qui ne sont pas des médicaments de thérapie innovante) peuvent bénéficier de la procédure accélérée pour un remboursement au titre de rémunération supplémentaire. Étant donné que les données relatives aux prestations et aux coûts transmises par les hôpitaux sont à la base de cette évaluation, il est primordial que les fournisseurs de prestations engagent le plus tôt possible la procédure de demande auprès de l'Office fédéral de la statistique et de SwissDRG SA afin de créer la base nécessaire à la récolte des données.

Désormais, les prestations financées par le fabricant (p. ex. au travers des Managed Access Programs<sup>5</sup>) sont intégrées dans le calcul des futures versions de SwissDRG avec les coûts économiques attendus de la prestation sans financement par des tiers. Les fabricants ont ainsi davantage d'incitations à proposer des programmes de Managed Access.

### La FMH soutient les sociétés de discipline médicale

Les fournisseurs de prestations sont donc instamment invités à utiliser la procédure de demande pour déposer des propositions concernant les codes CHOP<sup>6</sup>, la liste des médicaments<sup>7</sup>, les relevés détaillés et les rémunérations supplémentaires. La division Médecine et tarifs hospitaliers de la FMH se tient à la disposition des sociétés de discipline pour les soutenir dans cette démarche.

#### Correspondance

[tarife.spital@fmh.ch](mailto:tarife.spital@fmh.ch)

1 Advanced Therapy Medicinal Products : thérapies génétiques, produits tissulaires issus de la biotechnologie et produits de thérapie cellulaire somatique (p. ex. thérapies par cellules CAR-T, lymphocytes infiltrant les tumeurs [TIL])

2 FMH, H+, santésuisse et curafutura, Commission des tarifs médicaux (AA, AI, AM), Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

3 En cas d'administration unique ou multiple sur la base d'un cycle de traitement défini par le fabricant et approuvé par Swissmedic.

4 Cf. [www.swissdrgrg.org](http://www.swissdrgrg.org) › Portrait › Communication › [Représentation accélérée des innovations / prestations particulières dans le domaine stationnaire](#)

5 Les Managed Access Programs ou Early Access Programs sont des programmes dans le cadre desquels les fabricants mettent à disposition des patients des médicaments dont l'utilisation n'est pas encore autorisée en dehors des études cliniques.

6 CHOP : Classification suisse des interventions chirurgicales. Cette publication de l'Office fédéral de la statistique (OFS) est mise à jour chaque année. Les demandes pour de nouveaux codes sont à déposer auprès de l'OFS.

7 Liste des médicaments et substances pouvant être enregistrés dans la statistique médicale.

# Personalien *Nouvelles du corps médical*

## Todesfälle / Décès

*Rosemarie Jalanti-Jomini (1943)*,  
† 27.8.2024, Spécialiste en hématologie  
et Spécialiste en médecine interne gé-  
nérale, 1066 Epalinges

*Ursula Stirnemann-Lehmann (1938)*,  
† 30.8.2024, Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie, 3400 Burgdorf

*Klaus Nefel (1945)*,  
† 7.9.2024, Facharzt für Hämatologie  
und Facharzt für Allgemeine Innere  
Medizin, 2514 Ligerz

*Peter Speiser (1932)*,  
† 9.9.2024, Facharzt für Ophthalmo-  
logie, 8032 Zürich

*Peter Schibler (1965)*,  
† 14.9.2024, Facharzt für Kinder- und  
Jugendmedizin, 8712 Stäfa

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BL

*Lukas Mangold*, Facharzt für  
Anästhesiologie, Mitglied FMH,  
Allmend 5, 4460 Gelterkinden

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

*Christine Rosa Maria Bodlaj*,  
Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin, Medbase Kriens Mattenhof,  
Am Mattenhof 4, 6010 Kriens

*Mustafa Ghanem*, Facharzt für  
Ophthalmologie, Mitglied FMH,  
Geplante Eröffnung 01.11.2024,  
Augenzentrum Luzern Nord,  
Gerliswilstrasse 15, 6020 Emmen

*Heike Rosenbaum*, Fachärztin für  
Psychiatrie und Psychotherapie,  
Geplante Eröffnung am 01.10.2024:  
Facharztpraxis für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Alpenstrasse 9, 6004  
Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach  
der Publikation schriftlich und begrün-  
det zu richten an: Ärztegesellschaft des  
Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004  
Luzern.

## Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder  
haben sich angemeldet:

*Wisam Alghazawi*, Fachärztin für  
Ophthalmologie, Medizentrum Eckert  
Olten AG, 4600 Olten

*Eugenia Madalina Argesanu*,  
Fachärztin für Hämatologie und  
Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin, Praxis Bonadies Hämato-  
Onkologie, 2540 Grenchen

*Malgorzata Anna von Graffenried*,  
Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin, Mitglied FMH,  
MediZentrum Gerlafingen AG, 4563  
Gerlafingen

*Christian Kilgenstein*, Facharzt für  
Anästhesiologie, Bürgerspital  
Solothurn, 4500 Solothurn

*Ana Maria Kunz*, Fachärztin für  
Gastroenterologie, Mitglied FMH,  
Gastrozentrum Obach AG, 4500  
Solothurn

*Daniela Prause*, Fachärztin für  
Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychiatrische Praxis Prause, 4500  
Solothurn

*Ana Paula Ribeiro Reis*, Fachärztin  
für Ophthalmologie, Augenarztpraxis  
an der Aare, 4600 Olten

*Jonathan Schütze*, Facharzt für  
Kardiologie, Bürgerspital Solothurn,  
4500 Solothurn

*Mathias Siegfried*, Facharzt für  
Chirurgie, Metamedical Schweiz AG,  
2540 Grenchen

Einsprachen gegen diese Aufnahmen  
sind innerhalb 14 Tagen nach der Pub-  
likation schriftlich und begründet bei  
den Co-Präsidenten der Gesellschaft der  
Ärztinnen und Ärzte des Kantons  
Solothurn, GAESO, Postfach, 4654  
Lostorf einzureichen.

## Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau infor-  
miert über folgende Neuanmeldungen:

*André Keisker-Rommel*, Facharzt für  
Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied  
FMH, Hungerbühl 44, 8599  
Salmsach

Einsprachen gegen diese Vorhaben  
müssen innerhalb 14 Tagen seit der  
Veröffentlichung schriftlich und be-  
gründet bei der Ärztegesellschaft  
Thurgau eingereicht werden. Nach Ab-  
lauf der Frist entscheidet der Vorstand  
über die Aufnahme der Gesuche und  
über allfällige Einsprachen

# Communications

## **Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie**

### **Date**

Du mercredi 7 au vendredi 9 mai 2025

Du mercredi 5 au vendredi 7 novembre 2025

### **Lieu**

Lindenhofspital

Bremgartenstrasse 117

Case postale, 3001 Berne

### **Délai d'inscription**

Jeudi 23 janvier 2025

pour les examens de mai 2025

Jeudi 17 juillet 2025

pour les examens de novembre 2025

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM

[www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) › [Formation postgraduée](#) ›

[Titres de spécialiste et formations](#)

[approfondies](#) › [Chirurgie](#)