

Date de dépôt: 14 août 2006

Messagerie

Rapport du Conseil d'Etat

au Grand Conseil sur:

- a) **Q 3309-A** Question écrite de M. Andreas Saurer concernant l'évolution des coûts du système de soins genevois entre 1978 et 1988
- b) **M 670-B** Motion de M. Maurice Giromini concernant une politique de santé cohérente et plus économique
- c) **M 795-A** Motion de M^{mes} et M. Hélène Braun-Roth, Andrée Dayer, Monique Vali et Philippe Schaller concernant la politique sanitaire cantonale
- d) **M 1229-A** Motion M^{mes} et MM. Marie-Françoise de Tassigny, Esther Alder, Roger Beer, Marie-Paule Blanchard-Queloz, Dolorès Bolay, Juliette Buffat, Pierre-Alain Champod, Jacqueline Cogne, Jean-François Courvoisier, Marie-Thérèse Engelberts, Alain Etienne, Gilles Godinat, Mireille Gossauer-Zurcher, Pierre Marti, Louiza Mottaz, Danielle Oppliger, Véronique Pürro, Stéphanie Ruegsegger et Salika Wenger sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001)
- e) **M 1356-A** Motion de M^{mes} et MM. Elisabeth Reusse-Decrey, Alexandra Gobet, Charles Beer, Christian Brunier, Nicole Castioni-Jaquet, Alain Charbonnier, Jacqueline Cogne, Jean-François Courvoisier, Pierre-Alain Cristin, Alain Etienne, Laurence Fehlmann Rielle, Mireille Gossauer-Zurcher, Mariane Grobet-Wellner, Dominique Hausser, Véronique Pürro, Jacques-Eric Richard, Albert Rodrik, Christine Sayegh, Françoise Schenk-Gottret, Myriam Sormanni-Lonfat et Alberto Velasco pour la création d'un observatoire permanent de la santé

Mesdames et
Messieurs les députés,

a) Question 3309

En date du 14 décembre 1989, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat la question écrite 3309, dont le texte est joint au présent rapport (cf. annexe n° 1).

Au vu de l'éparpillement des données pertinentes en matière de politique sanitaire à l'époque, cette question écrite demandait de regrouper (pour la période 1978-1988) les informations économiques sur les caisses-maladie, les frais médicaux, les établissements hospitaliers publics et privés.

b) Motion 670

En date du 5 mars 1993, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat la motion 670, dont le texte est joint au présent rapport (cf. annexe n° 2).

Dans le contexte d'une augmentation rapide des coûts de la santé, son auteur invitait le Conseil d'Etat à établir une liste des priorités dans le domaine du développement hospitalier. Dans son rapport sur cette motion, la Commission de la santé insistait sur la nécessité :

- d'élaborer des statistiques sanitaires claires et fiables;
- de conduire une réforme des policliniques;
- d'assurer une complémentarité entre les secteurs public et privé, afin de pratiquer une politique cantonale cohérente et économique de la santé;
- d'améliorer la collaboration avec le canton de Vaud et la France voisine dans le domaine hospitalier;
- de définir la mission et le rôle de l'Etat dans le domaine de la promotion de la santé et la prévention des maladies.

c) Motion 795

En date du 15 mai 1992, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat la motion 795, dont le texte est joint au présent rapport (cf. annexe n° 3).

Cette motion invitait le Conseil d'Etat à élaborer un projet de loi cadre sanitaire cantonal, à instaurer un conseil cantonal de la santé, à rassembler et ordonner les diverses dispositions législatives et réglementaires cantonales en matière de santé et à étudier la mise sur pied d'une commission d'éthique.

d) Motion 1229

En date du 3 septembre 1998, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat la motion 1229, dont le texte est joint au présent rapport (cf. annexe n° 4).

Faisant suite au rapport divers RD 344 concernant la politique de santé et la planification sanitaire (1998-2001), cette motion invitait le Conseil d'Etat à prendre des mesures, notamment en matière:

- de prévention et de promotion de la santé;
- de réhabilitation et de recherche;
- de planification sanitaire régionale;
- d'encouragement à la collaboration entre les secteurs privé et public.

e) Motion 1356

En date du 23 mai 2000, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat la motion 1356, dont le texte est joint au présent rapport (cf. annexe n° 5).

Préoccupés par la faiblesse – voire l'absence – des données dont disposait l'Etat en ce qui concernait les besoins de santé publique, les pratiques médicales dans le canton et la ventilation des coûts de la santé, les auteurs de la motion demandaient la mise sur pied d'un observatoire permanent de la santé.

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

1. Bref rappel

L'importante croissance des coûts de la santé, mais aussi la nécessité de mieux organiser le domaine de la santé à Genève, s'inscrivent en filigrane de l'ensemble des objets traités dans le présent rapport. Quel que soit l'angle retenu pour aborder cette problématique, chaque intervention tourne en fait autour de la nécessité de développer une véritable politique de santé. Pour ce faire, il était ressenti comme impératif de pouvoir s'appuyer sur des informations sanitaires et économiques fiables.

Cette politique devait également prendre en compte un certain nombre de problématiques, notamment le rassemblement et l'ordonnancement des diverses dispositions législatives et réglementaires cantonales en matière de santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies ou encore la complémentarité entre les secteurs public et privé.

2. Le nouveau droit sanitaire cantonal

2.1 *En général*

Adopté à la quasi-unanimité par le Grand Conseil, le 7 avril 2006, le nouveau droit sanitaire cantonal apporte des réponses claires et concrètes aux demandes formulées dans les objets évoqués ci-dessus.

Ce nouvel outil législatif se compose de trois volets :

- la loi 9328 sur la santé, véritable clé de voûte de tout le dispositif sanitaire genevois;
- la loi 9326, qui règle le fonctionnement de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients;
- la loi 9327, qui concerne l'application des dispositions fédérales en matière de privation de liberté à des fins d'assistance.

2.2 *Loi 9328 sur la santé*

Sur le plan de la forme, la loi 9328 offre une visibilité accrue de l'ensemble des *dispositions relatives à la santé*. Autrefois répartie dans pas moins de 10 lois et règlements cantonaux, la loi sur la santé compte en effet aujourd'hui moins de 150 articles.

Sur le plan du fond, la loi s'articule de façon originale, sur le parcours de vie de la personne (naissance, adolescence, vieillesse, fin de vie et décès).

Outre les principales thématiques de la santé (les dépendances, les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé au travail, les accidents et les traumatismes), elle accorde une large place à la promotion de la santé et à la prévention, à la planification sanitaire.

En ce qui concerne les patients, la loi 9328 apporte un renforcement significatif de leurs droits, notamment en les plaçant dorénavant tous (patients psychiatriques et somatiques) sur pied d'égalité.

Elle précise encore un certain nombre de dispositions dans des domaines capitaux tels que les professions de la santé, les institutions de santé, les produits thérapeutiques ou encore la police sanitaire.

2.3 Loi 9326 sur la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients

Dans un souci de plus grande efficacité et afin d'assurer une plus grande rapidité dans la prise de décisions, la loi 9326 introduit un certain nombre de changements aux dispositions antérieures de la loi K 1 25.

Nommée pour quatre ans, cette instance compte des membres permanents, avec droit de vote et sans droit de vote (dont le médecin cantonal, le pharmacien cantonal et le vétérinaire cantonal). Il est en outre prévu d'associer, selon la nature des dossiers, d'autres professionnels de la santé.

Les innovations les plus significatives sont les suivantes :

- en lieu et place des deux commissions de surveillance (les Commissions de surveillance des professions de la santé et de surveillance des activités médicales), elle institue la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients;
- cette nouvelle instance reprend un certain nombre des missions dévolues jusqu'ici au Conseil de surveillance psychiatrique (CSP). Elle devra notamment :
 - vérifier la légalité et contrôler le bien-fondé des admissions des personnes présentant des troubles psychiques ou une déficience mentale;
 - statuer d'office ou sur recours contre les décisions d'admissions non volontaires ou lors de sorties refusées;
 - statuer sur les demandes d'interdiction de mesures de contraintes et les demandes de levée de ces mesures;

- la commission rend des décisions, notamment en matière de violation du droit des patients (sous le régime précédent, le département prenait ses décisions sur la base de préavis émanant des commissions);
- une instance de médiation est créée, dans le but de résoudre à l’amiable un certain nombre de différends entre patients et professionnels de la santé, lesquels peuvent être dus à une communication absente ou de mauvaise qualité;
- les patients se voient conférer la qualité de partie à la procédure devant la Commission de surveillance.

2.4 Loi 9327 sur la privation de liberté à des fins d’assistance

La loi 9327 concerne l’application pure et simple – les cantons n’ont aucune marge de manœuvre – des dispositions fédérales relatives à la privation de liberté à des fins d’assistance (art. 314, 397 et suivants du Code civil).

3. Conclusion

Les questions traitées dans le présent rapport reflètent la nécessité, déjà clairement ressentie à l’époque, d’une modernisation et d’une réorganisation du droit sanitaire cantonal. Avec l’adoption des trois lois évoquées ci-dessus, ces demandes trouvent désormais une réponse claire et concrète.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d’Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D’ÉTAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Pierre-François Unger

Annexes :

Texte de la question écrite 3309.

Texte de la motion 670.

Texte de la motion 795.

Texte de la motion 1229.

Texte de la motion 1356.

QUESTION ÉCRITE

de M. Andreas Saurer

Dépôt : 14 décembre 1989

L'évolution des coûts du système de soins genevois entre 1978 et 1988

Il est indéniable que le système de soins est relativement coûteux, particulièrement quand on se base sur l'évolution des cotisations aux caisses-maladie, qui ont pratiquement triplé à Genève au cours de cette décennie. Il n'est donc pas étonnant que cette évolution qui, de surcroît, a lieu dans un contexte social quelque peu tendu (médecins, caisse-maladie, personnel hospitalier, établissements hospitaliers, etc.), favorise des débats passionnels concernant les coûts du système de soins.

Si nous possédons, grâce à la brochure «Le système suisse de santé», de Pierre Gigy et Andreas Frei, mise à jour tous les deux ans, des données fiables et détaillées concernant les coûts sur le plan suisse, nous ne possédons malheureusement rien de similaire pour Genève. De telles données sont pourtant indispensables pour pouvoir entamer un débat sérieux et objectif à ce sujet.

Une partie de ces données existe mais sous forme très éparpillée (comptes de l'Etat, rapports des établissements hospitaliers, statistiques du service de l'assurance-maladie) et pas toujours accessible au public.

Je serais donc intéressé d'avoir les données suivantes pour les années 1978 à 1988 :

1. Caisses-maladie, recettes : cotisation annuelle moyenne par assuré pour les prestations de base, subvention cantonale, subvention fédérale, recettes totales pour l'assurance de base.

2. Caisses-maladie, dépenses: frais hospitaliers, frais pharmaceutiques, frais médicaux ordinaires, frais pour traitements chiropractiques et physiothérapeutiques, dépenses totales pour l'assurance de base.

3. Pour chaque établissement hospitalier : dépenses totales, recettes totales, subventions cantonales, recettes en provenance de la facturation ; forfait hospitalier, taxe d'hospitalisation.

4. Dépenses de fonctionnement de l'Etat et revenu cantonal (statistiques de l'UBS).

5. Chiffre d'affaires des cliniques privées, des pharmacies et des assurances-maladie et accident privées pour le canton de Genève, évidemment au cas où le Conseil d'Etat possède déjà ces données.

2110 SÉANCE DU 1^{er} AVRIL 1993 (nuit)
Motion : politique de la santé

MOTION 670
de la commission de la santé
concernant une politique de la santé cohérente
et plus économique

LE GRAND CONSEIL

invite le Conseil d'Etat

1. à élaborer dans les meilleurs délais des statistiques sanitaires claires et fiables
2. à exiger de la part des intéressés que la loi K 2 1 — et notamment son article 3 — soit appliqué selon la volonté du législateur, soit :
 - ouverture des polycliniques qui, depuis 1981, ne sont plus réservées aux urgences et aux indigents de la Ville de Genève, mais respect des règles précises aux alinéas 2 et 3 de l'article 3 de la loi K 2 1 (cf-joint) concernant l'ampleur des activités ambulatoires de nos établissements publics médicaux.
 - nécessité pour le personnel des polycliniques de s'astreindre à informer les patients et patientes sur l'existence d'une médecine privée dans le canton composée de nombreux praticien et praticiennes qualifiés et porteurs pour la plupart du titre de spécialiste FMH, sans que cette nécessité puisse en aucune façon porter atteinte à la liberté de choix du patient.
 - obligation pour les polycliniques de respecter les normes tarifaires prévues à l'alinéa 4 du même article 3 de la loi K 2 1, la facturation devant s'effectuer sans défaillance et sans retard.
3. à assurer une complémentarité entre les secteurs public et privé dans le respect de l'article 4 de la loi K 2 1 et de l'article 171 de la constitution genevoise.
4. à veiller à ce que les établissements publics médicaux respectent par analogie en matière de réclame médicale les principes fondamentaux énoncés dans les articles 22 à 30 inclus de la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (loi K 3 1).

SÉANCE DU 1^{er} AVRIL 1993 (nuit)
Projet de loi : chômage

2111

5. à créer une structure de concertation pour tous les acteurs de la santé afin de pratiquer ensemble une politique cantonale cohérente et économique de la santé, notamment en vue d'équilibrer les installations et équipements de la médecine publique et privé en fonction des besoins de la population.
6. à améliorer la collaboration avec le canton de Vaud et la région française voisine dans le domaine hospitalier
7. à définir la mission et le rôle de l'Etat dans le domaine de la promotion de la santé et la prévention de la maladie en collaboration avec tous les acteurs du système et à renseigner le Grand Conseil sur ses projets et ses réalisations.

Secrétariat du Grand Conseil**M 795-A***Dépôt : 15 septembre 1993*

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT

au Grand Conseil**sur la motion de M^{mes} Hélène Braun-Roth, Andrée Dayer,
Monique Vali et M. Philippe Schaller
concernant la politique sanitaire cantonale**

LE GRAND CONSEIL,

considérant :

- *l'augmentation croissante des coûts de la santé ;*
- *les exigences d'une planification coordonnée dans ce domaine ;*
- *le vieillissement de la population et les conséquences de l'augmentation de l'espérance de vie ;*
- *les préoccupations éthiques légitimes de la population en matière de techniques biomédicales,*

invite le Conseil d'Etat

1. *à élaborer un projet de loi-cadre sanitaire cantonale s'inspirant des principes directeurs suivants :*
 - *respect de la dignité, des droits et de l'intégrité de la personne ;*
 - *encouragement à la responsabilité individuelle et communautaire ;*

- *promotion des efforts de prévention, d'information et d'éducation sanitaire ;*
 - *respect du double principe de solidarité et de subsidiarité consacrant la complémentarité de l'action privée et publique ;*
 - *optimisation des ressources cantonales et régionales ;*
2. *à instaurer un conseil cantonal de la santé, représentatif des milieux intéressés privés et publics, chargés de proposer au Conseil d'Etat le plan directeur sanitaire, expression de la politique cantonale en la matière ;*
 3. *à rassembler et ordonner les diverses dispositions législatives et réglementaires cantonales en matière de santé ;*
 4. *à étudier la mise sur pied d'une commission d'éthique composée de praticiens des différentes professions de la santé, organe consultatif à la disposition des autorités et des professions de la santé.*

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

Mesdames et
Messieurs les députés,

Les préoccupations qui ont conduit le Grand Conseil à adopter la motion 795 rejoignent celles que le Conseil d'Etat avait exprimées dans son discours de Saint-Pierre en 1989.

Depuis cette date, de nombreuses actions ont été engagées qui permettent de répondre comme suit aux questions posées :

1. Il y a 18 mois, la direction de la santé publique a engagé une réflexion sur une refonte complète de la législation sanitaire. Sur la base des travaux préparatoires d'un groupe réunissant les principaux intéressés, assistés de M. Olivier Guillod, professeur à l'université de Neuchâtel et spécialiste du droit médical, des principes fondamentaux ont été élaborés. Ils ont été approuvés récemment par le Conseil d'Etat. Le Conseil de la santé sera consulté sur ces principes avant l'élaboration de l'avant-projet de loi qui sera ensuite soumis pour consultation aux milieux intéressés.

Le projet de loi sera déposé devant le Grand Conseil avant la fin de l'année 1994.

2. Le Conseil d'Etat a décidé, par arrêté du 24 mars 1993, de créer un Conseil de la santé représentatif des milieux intéressés, privés et publics. Il a pour buts :
 - a) d'assister le département de la prévoyance sociale et de la santé publique dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé du canton ;
 - b) de favoriser la complémentarité et la coordination des activités, des équipements et des projets des divers acteurs, publics et privés, de la politique de santé ;
 - c) de donner des avis et de formuler des propositions sur toutes les questions générales relatives à la politique de santé.
3. La refonte complète de la législation sanitaire prévoit de rassembler et d'ordonner l'ensemble des dispositions légales en matière de santé en une seule loi. En effet, bien que remontant à 10 ans seulement, la législation actuelle montre déjà des signes d'essoufflement. Sa systématique est défailante, de sorte qu'il faut être un spécialiste chevronné pour ne pas s'égarer dans un dédale de dispositions. Elle contient en outre de nombreux articles de détail qui devraient figurer dans le règlement, alors qu'elle passe sous silence des questions importantes.
4. La pratique médicale pose quotidiennement des questions d'ordre éthique, parfois considérables. Une foule de comités d'éthique disséminés tentent d'y répondre, souvent de façon confidentielle. Afin d'unifier les pratiques, de diffuser largement les avis importants et de sortir de l'anonymat certains comités peu connus, il est opportun de créer un comité d'éthique faîtier. Organe consultatif avant tout, dépourvu en principe de tout pouvoir décisionnel, ce comité faîtier sera compétent aussi bien pour l'éthique clinique que pour les protocoles de recherche. Il fera l'objet d'une disposition du futur projet de loi sanitaire.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

Le chancelier :

R. Kronstein

Le président :

C. Grobet

Secrétariat du Grand Conseil**RD 281-A
R 344-A
M 1229***Date de dépôt: 3 septembre 1998**Messagerie*

- a) **RD 281-A** **Rapport de la Commission conjointe des affaires sociales et de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001)**
- b) **R 344-A** **Rapport de la Commission conjointe des affaires sociales et de la santé chargée d'étudier le projet de résolution du Conseil d'Etat relative à la planification sanitaire (1998-2001)**
- c) **M 1229** **Proposition de motion sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001)**

Rapporteur: M. Gilles Godinat

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 26 septembre 1997, le Grand Conseil a renvoyé aux Commissions des affaires sociales et de la santé le rapport du Conseil d'Etat sur la politique de santé et sur la planification sanitaire ainsi qu'un projet de résolution sur le même objet pour la période 1998 à 2001. Le changement de législature et la mise en place d'une commission conjointe sociale et santé ont malgré tout permis de commencer rapidement l'étude des documents du Conseil d'Etat, considérés comme prioritaires par les deux commissions.

Cette commission conjointe, présidée par M^{me} Marie-Françoise de Tassigny, a effectué ses travaux en 13 commissions plénières de trente commissaires du 9 décembre 1997 au 21 avril 1998, et en 4 sous-commissions ad-hoc de douze commissaires, du 10 mars au 31 mars 1998. Il faut d'emblée souligner ici que, dans une commission de cette grandeur et

compte tenu de la matière à examiner, le travail parlementaire n'a pas toujours été très aisé et nous pouvons considérer que, dans un tel contexte, les travaux ont été menés avec diligence. MM. François Longchamp, secrétaire général du DASS, Michel Gönczy, directeur à la direction générale du DASS et Paul-Olivier Vallotton, directeur de cabinet au DASS, ont assisté aux travaux de la commission.

Introduction

Considérés comme de première importance, le rapport du Conseil d'Etat et la résolution ont été présentés à la commission par M. Guy-Olivier Segond, président du DASS et ses collaborateurs, à la première séance.

Pour les responsables du département, et particulièrement M. Segond, la planification sanitaire résulte de l'évolution des coûts de la santé qui touche toute l'Europe occidentale. En Suisse, les autorités fédérales et cantonales ont été conduites à introduire dans la législation l'exigence d'une planification sanitaire. Dans cet exercice politiquement délicat et techniquement difficile, le Conseil d'Etat a procédé par étapes. Un bilan de santé des Genevois a été demandé à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, lequel a publié l'étude en juin 1993. Ensuite, le Conseil d'Etat a chargé le professeur Gilland d'établir un avant-projet de planification sanitaire, après une large consultation. Le rapport Gilland sur le système de santé genevois a été rendu public en été 1994 et il a fait à nouveau l'objet d'une large consultation jusqu'en 1995. Parallèlement, une enquête suisse sur la santé a permis d'établir des comparaisons entre notre canton et le reste de la Suisse, sur la base de données 1992-1993.

Les bases légales de la planification sanitaire citées dans le rapport du Conseil d'Etat sont, sur le plan fédéral, l'art. 8 de l'arrêté fédéral urgent du 9 octobre 1992, puis les dispositions de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, après avoir été acceptée en votation populaire le 4 décembre 1995. Sur le plan cantonal, le Grand Conseil a voté le 30 mars 1995 la loi instituant un plan directeur des prestations sanitaires, entrée en vigueur le 1^{er} juin 1995 (K 1 10) (cf. RD 281, p. 56).

Pour M. Segond, la planification sanitaire est à la politique de santé ce qu'un plan directeur est à l'aménagement du territoire. Cela n'implique ni le vote d'une loi ni le vote d'un plan. La résolution est la forme qui a force de poids politique mais pas d'effet juridique. Le Conseil d'Etat a envisagé la planification sanitaire sous deux angles : la planification sanitaire quantitative et qualitative. La première traite des postes, des crédits ou des subventions,

alors que la deuxième complète pour les professionnels ce qui s'adresse à l'autorité politique.

Après un rappel des éléments de base de la politique de santé à Genève depuis 1990 (aide et soins à domicile, réforme hospitalière, loi sur les EMS, par exemple) et les projets en cours (RHUSO, selon la votation de juin 1998, transports sanitaires d'urgence, etc.), M. Segond souligne l'importance des 7 principes fondamentaux de la planification et des 5 instruments existant (RD 281, pp. 116-137), cœur du rapport du Conseil d'Etat. Il estime également important d'intégrer la planification sanitaire qualitative élaborée sous la conduite du professeur Rougemont.

Méthode de travail

Pour faciliter le travail de la commission, les deux séances suivantes ont été consacrées à l'étude du rapport lui-même avec une présentation des principaux axes et enjeux par MM. Lonchamp et Gönczy, suivie d'un premier échange général. Une programmation des auditions a été prévue en deux temps : d'abord l'audition de personnalités considérées comme des experts dans les différents domaines étudiés, ensuite l'audition des acteurs eux-mêmes, à savoir les prestataires de soins et une représentation d'association de patients.

Lors de la présentation du rapport, M. Longchamp a résumé les points suivants : la récente réforme des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 1^{er} janvier 1995 selon le principe général de la « centralisation au sommet » et de la « décentralisation à la base ». L'orientation générale voulue par cette réforme devait mettre en valeur les réseaux de soins en modifiant les forteresses hospitalières. Du point de vue des journées d'hospitalisation, les HUG sont le plus grand hôpital universitaire de Suisse. Ils reçoivent 45 000 patients par année, avec 768 000 journées d'hospitalisation/an, pour 2357 lits. Ils assurent en outre 500 000 consultations ambulatoires. La charge salariale s'élève à 809 millions pour 7 685 postes répartis entre 8 632 personnes, selon 165 professions. Outre les 81 % de dépenses totales pour la masse salariale, 7 % sont dévolus aux charges médicales, 7 % pour les charges d'intendance et administratives, et 5 % pour divers. Sur les 1 007 037 446 francs de recettes, 59 % proviennent de la subvention de l'Etat de Genève, 41 % des patients et des caisses-maladie. Les investissements entièrement à la charge du budget de l'Etat s'élèvent à 46 600 000 F en 1997.

Les principaux projets en cours sont la zone sud (Opéra), la maternité et l'hôpital des enfants. La rénovation du bâtiment des lits doit également être envisagée. M. Longchamp a terminé par la présentation du RHUSO.

M. Gönczy a présenté l'activité de l'aide et des soins à domicile développée par la loi adoptée en 1992. En décembre 1996, le Grand Conseil a voté le 2^e crédit quadriennal 1997-2000 d'un montant de 289 500 000 F. Une nouvelle définition des centres d'action sociale et de santé (CASS) a été retenue avec la responsabilité d'un coordinateur par centre et d'autres mesures devant assurer une meilleure unité d'action. Le nombre total de clients a augmenté de 32 % entre 1992 et 1996. Les différentes associations (AGAD, SASCOM, APADO, CSI) gèrent 1004 postes de travail occupés par 1449 personnes, dont 85 % en postes de soins, et 15 % en postes administratifs, le tout ayant augmenté de 41 % entre 1992 et 1996. Pour financer les 95 745 292 francs de charge, 80 % des produits sont des subventions cantonales et fédérales.

Pour les établissements médico-sociaux (EMS), la nouvelle loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998, avec le nouveau système basé sur le subventionnement, avec suppression de l'intervention de l'assistance publique. Suite au moratoire pour contrôler le nombre de lits EMS en 1992, une prolongation a été décidée jusqu'en l'an 2000.

Les EMS ont accueilli 3 283 clients au 31.12.96, avec un taux d'occupation de 95 %. Un déplacement s'est effectué vers un nombre croissant de personnes très dépendantes. La durée moyenne de séjour est de 32 mois. Il faut rappeler que 94 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile. Sur les 57 EMS en activité, 52 sont agréés sur la liste au sens de la LAMal par le Conseil d'Etat, pouvant ainsi bénéficier des subventions cantonales.

Pour l'ensemble de la planification, le Conseil d'Etat n'entend pas modifier la répartition entre le secteur public et le secteur privé à Genève. D'ailleurs, il ne dispose pas d'outil juridique lui permettant de modifier l'offre de lits privés. Enfin, il n'envisage pas de sous-traitance ni de privatisation.

Un premier tour de table des différents groupes montre que pour l'essentiel la plus grande partie du RD 281 constitue un ensemble de documents ou de rapports expliquant ou légitimant la politique menée par le Conseil d'Etat à ce jour, et que par conséquent la commission ne peut qu'en prendre acte. Sur les principes de la politique sanitaire, les instruments actuels et nouveaux, ainsi que sur la planification sanitaire quantitative, la

commission a souhaité se prononcer après les auditions afin de mieux se déterminer politiquement sur le rapport lui-même et la R 344.

Auditions des experts

Audition du professeur Pierre Gilliland

Avec ses 26 systèmes cantonaux différents, autonomie cantonale voulue par la Confédération en matière de santé, deux cantons romands ont mis en place les premières planifications sanitaires dès les années 60, Valais et Vaud. Avec sa planification sanitaire actuelle, Zurich envisage de fermer huit hôpitaux d'ici l'an 2000, et d'en créer un nouveau. Dans un rapide tour d'horizon, M. Gilliland évoque la nouvelle répartition hospitalière jurassienne, l'esquisse neuchâteloise, la problématique des hôpitaux de district fribourgeois, des nouvelles orientations vaudoises (NOPS) avec la fermeture de petits hôpitaux envisagée ou leur transformation, et la réussite valaisanne en matière de maîtrise des dépenses hospitalières, avec le système multisite. Connaisseur du système de santé genevois, M. Gilliland juge utile la collaboration avec le canton voisin.

Le niveau de santé genevois est élevé, avec une offre de prestations de haut niveau, une durée moyenne de vie plus élevée que la moyenne suisse, mais le coût du système de soins le plus élevé de Suisse. Grâce au développement de l'aide à domicile, 50 000 journées d'hospitalisation ont été évitées entre 1992 et 1995.

Pour l'avenir, l'évolution démographique reste déterminante. Le nombre de personnes âgées et très âgées va augmenter. Nous entrons dans une phase de mutation du système de santé en Suisse, avec d'une part un nombre de médecins estimé à 16 000 pour 2010, une espérance de vie croissante impliquant le choix du maintien à domicile. La maîtrise des coûts reste indispensable, le nombre de lits hospitaliers doit diminuer dans ce canton, en tenant compte des cliniques privées. L'évolution des EMS vers une plus grande médicalisation est prévisible.

Une étude a montré que les deux derniers mois de vie d'une personne représentent 25 % du coût total des soins offerts à celle-ci. Il faut également se souvenir que 4/5 des lits sont occupés par des personnes de plus de 65 ans.

Il reste un nombre considérable de journées d'hospitalisation inappropriées (40 % en Valais, 20 % dans le canton de Vaud, selon diverses études).

Concernant les nouveaux instruments de la planification, M. Gilliland est opposé au numerus clausus, mode de sélection qui risque de favoriser des critères financiers.

Audition du professeur Antoine Bailly

Représentant de l'approche métrique, il souhaite une approche globale à l'échelle suisse, et une réflexion sur les bassins de population pour estimer la place des hospitalisations extérieures aux cantons. Il faut penser à l'échelle régionale. Actuellement, nous avons une surcapacité des lits à l'échelle régionale. Nous devons apprendre à accepter les déplacements et assurer la réciprocité. Il faut réfléchir en termes de « Genève, capitale de la santé » comme pôle d'attraction, avec toutes ses retombées économiques. Certains analystes prévoient une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PNB, par exemple aux USA où elle atteindra 18 % du PNB d'ici 2005-2010. Il faut donc anticiper les allocations budgétaires, en faisant du secteur santé un secteur économique fort. Il est nécessaire d'adapter les structures aux pathologies, par exemple en créant de petites unités bon marché, sur le modèle du Havre, et développer le modèle du réseau, en évitant « le trop gros et le trop cher ». Les assureurs ont pris beaucoup de poids en disposant de statistiques précises, alors que d'autres partenaires sociaux se désengagent. Les dépenses de santé doivent être considérées comme des investissements.

Audition de MM. Michel Valterio, directeur suppléant de l'OFAS, et Claude Voegeli, adjoint de direction à l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales)

En l'absence de M. Otto Piller, les deux responsables de l'OFAS insistent sur l'importante réforme introduite par la LAMal : extension du catalogue de prestations, amélioration des soins à domicile, ou rétrocessions aux cantons, pour allègement de primes, par exemple. L'introduction de la planification hospitalière est liée à l'analyse d'une surcapacité des lits hospitaliers avec un excédent de 25 %. En comparaison avec la Suède, pour la même espérance de vie, la Suisse dépense 9,8 % de son PIB pour la santé, contre 7,2 % en Suède, avec 3,1 lits pour mille habitants contre 6,1 en Suisse. Dans notre pays, nous devons rationaliser les procédures, améliorer les prestations et la formation.

En 1996, les coûts de la santé ont augmenté de 12,1 %, et se réduiront à 4,9 % d'augmentation en 1998. Ce qui devrait entraîner une diminution du montant des primes. Berne relève en outre d'autres mesures comme la baisse des prix des médicaments, la limitation du tarif dans les EMS, la suppression du remboursement de 50 analyses de laboratoire, l'augmentation de la

franchise de base qui a passé de 150 à 230 F. Dans le domaine des primes, la collaboration entre cantons doit augmenter. Du point de vue juridique, la LAMal oblige les cantons à élaborer une planification sanitaire uniquement pour les hôpitaux et les EMS. Mais il vaut mieux tenir compte de l'ensemble et penser en réseau. La clause du besoin doit tenir compte effectivement des besoins de la population par différentes comparaisons, mais nous sommes dans une phase de récolte d'informations, au début d'un processus. Il est important d'améliorer l'instrument statistique en Suisse. Il faut savoir que la Suisse ne dispose d'aucun moyen pour limiter le nombre de lits par habitant. Il y a des propositions au niveau national pour bloquer les prestations et les tarifs (proposition Riefen). A cause de nombreux recours, la Confédération devra établir un tarif cadre pour que les prix des soins à la charge de l'assurance-maladie soient considérés comme raisonnables, pour les homes et pour les soins à domicile. Il faut améliorer la coordination, y compris au niveau des assurances sociales. La comptabilité analytique permettra d'effectuer des comparaisons entre cantons. Les planifications sanitaires doivent être intercantionales. En Suisse, où le libéralisme et le fédéralisme prédominent, la voie pragmatique a servi à ce jour de guide. Peu de comparaisons ont été faites avec les pays d'Europe car le système de prime par tête est unique en Europe. En partant de ce qui existait, la LAMal a choisi de stimuler la concurrence pour diminuer les primes. La question du financement sera probablement l'objet de prochains débats nationaux.

Audition de M. Gianfranco Domenighetti, chef de la section sanitaire tessinoise

En Suisse, 54 % des cotisations aux assurances-maladie servent à payer la médecine ambulatoire, ratio qui s'élève à 64 % à Genève. Il y a une grande variabilité entre cantons, ce qui pose problème. La LAMal prévoit un contrôle de la partie hospitalière de la dépense et laisse au marché la partie ambulatoire. Or les citoyens sont touchés en priorité par les coûts de la médecine ambulatoire. Au Tessin, le principe du 2^e avis médical a été présenté à la population dans une brochure élaborée avec la société médicale du Tessin. Il faut développer les informations pour donner aux gens une meilleure position face à l'asymétrie des connaissances entre les professionnels et la population. Une clause du besoin a été introduite au Tessin avant l'introduction de la LAMal, interdisant l'établissement de nouvelles structures cliniques. Au niveau national, M. Domenighetti est favorable à un gentleman agreement en matière de revenu médical, avec une réduction d'un tiers des prescriptions médicales. La Suisse est le seul Etat où il y a un système inflationniste d'incitations sans aucun type de correction. Il est par exemple possible de corriger les effets pervers de l'actologie

(médecine payée à l'acte), d'autre part, il est possible de définir une enveloppe budgétaire par spécialité comme au Canada. Il peut également exister des systèmes mixtes entre la médecine à l'acte et la capitation. Au niveau national, le système GRAT (révision générale des tarifs médicaux) ne change rien du tout.

Sur le problème du *numerus clausus*, son introduction n'aurait d'effet que dans 20 ans. Il faut explorer d'autres pistes comme la distinction entre le droit de pratique et l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance, ou les systèmes HMO. Il faudrait également envisager des mesures incitatives pour que les jeunes médecins acceptent de s'installer dans d'autres cantons que ceux où ils ont effectué leurs études, vers des cantons où les incitatifs financiers peuvent par exemple jouer un rôle. A Appenzell Rhodes-Intérieures, le chiffre d'affaire moyen est de 400 000 francs, alors qu'il est de 314 000 à Genève et de 227 000 à Bâle-Ville.

Audition des professeurs Suter, doyen de la Faculté de médecine, et A. Junod, directeur médical des HUG

Pour M. Junod, indépendamment de la planification sanitaire, la question de la qualité des soins doit être examinée car le problème est aigu. Dans leurs programmes de santé les Etats-Unis ont été les premiers à introduire des critères de qualité dans le contrôle de ces programmes. Des soins de qualité doivent être conformes aux meilleurs standards et à ce que les patients peuvent attendre de l'institution hospitalière. Cela concerne les structures, les processus dans les unités et les résultats. L'évaluation doit être globale, et s'intéresser aux répercussions sur la société. A Genève, une cellule de qualité a été mise sur pied depuis plus de 3 ans, dans un partenariat médico-infirmier. Tous les départements médicaux ont été concernés par les 27 projets mis en route. Actuellement, l'ensemble des HUG connaissent une structure de la qualité des soins, liée à une structure budgétaire d'évaluation, s'élevant à 1,5 pour mille du budget total des HUG, soit 1,5 millions sur 1 milliard. Ce nouveau regard critique sur nos institutions de soins permettra d'améliorer le système. Il faut se rappeler qu'un service médical ne répond pas aux mêmes critères qu'un service du domaine privé, du type ISO 9000. Par exemple, il y a succès à l'hôpital lorsqu'il y a une diminution du nombre de clients ! Un audit tel que celui effectué par Arthur Anderson n'a qu'un contact superficiel avec la vie hospitalière. Il ne semble pas pertinent par exemple de rechercher le meilleur rapport qualité/prix mais bien plutôt le rapport coût/efficacité. Sur la question du *numerus clausus*, M. Junod pense que la limitation du nombre de postes pour les Suisses nécessiterait un recours aux étrangers, pratique adoptée aux U.S.A.

L'exposé du professeur Suter concernant le problème du *numerus clausus* est annexé au présent rapport. Il tient à souligner que la Suisse est le pays qui accueille le plus de médecins étrangers en formation, avec un taux de 29 % alors qu'il n'atteint que 22 % aux Etats-Unis. La densité médicale en Suisse est tout à fait comparable aux pays qui l'entourent.

Audition du professeur André Rougemont, directeur de l'Institut de médecine sociale et préventive

La planification sanitaire qualitative a nécessité une année de travail. Elle devait répondre au mandat suivant :

1. identifier les problèmes prioritaires de santé, en terme de mortalité, de morbidité et de coûts sociaux et économiques ;
2. identifier les objectifs à atteindre en terme d'amélioration de l'état de santé, des modes de vie, de l'environnement, des structures, du fonctionnement et de la gestion du système sanitaire ;
3. présenter des propositions quant aux actions nécessaires pour diminuer l'importance des problèmes identifiés ;
4. présenter des propositions en vue d'éventuelles réorientations des structures et des modes de fonctionnement existants ;
5. définir un système d'information pertinent qui permettra le pilotage du système de santé, sur la base d'un nombre réduit d'indicateurs dûment validés ;
6. établir des propositions pour l'évaluation des actions entreprises et pour la recherche.

L'élaboration du document émane de la collaboration de nombreux milieux professionnels. Il s'agissait d'établir un document stratégique qui détermine, à partir d'une analyse de la situation actuelle et du système de soins à Genève, une douzaine de problèmes de santé prioritaires et des actions à mettre en œuvre pour y faire face. Il n'y a pas de relation linéaire entre les structures du système et le niveau de santé. Il faut partir des problèmes de santé et réfléchir ensuite sur les structures. C'est le contenu essentiel du premier rapport. Le deuxième est un document détaillé à partir des 38 buts de l'OMS pour l'Europe, sur la base de dossiers spécifiques. Il donne un aperçu plus détaillé des problèmes liés à certains groupes de population, de maladies spécifiques, de comportements à risque, des problèmes liés aux services et structures du système de santé à Genève, avec une mise en perspective au niveau suisse et européen.

Après avoir présenté la méthodologie (indicateurs de mortalité entre 30 et 65 ans, enquêtes des professionnels et de la population, années potentielles de vie perdue, modèle DALY de la Banque mondiale, à savoir unité de mesure

sur la base de l'année de vie ajustée à un handicap dans une approche de quantification), le professeur Rougemont présente les résultats concernant les problèmes de santé les plus importants :

1. les maladies cardio-vasculaires ;
2. les cancers des voies respiratoires ;
3. le cancer du sein ;
4. les traumatismes dus aux accidents de la circulation ;
5. les suicides ;
6. le SIDA.

Dans l'ensemble, il faut aider à modifier le comportement des gens, lutter contre l'Etat-providence et contre le tourisme médical, dans une perspective à long terme. Il faut savoir qu'à Genève les coûts ambulatoires sont 2 fois plus élevés que partout ailleurs en Suisse. Le carnet de santé et la clause du besoin seront utiles, ainsi que le numerus clausus.

En ce qui concerne la dépression à Genève, il y aurait une étude à faire en lien avec la crise actuelle et le rôle des généralistes et des psychiatres. Il faut mieux définir le rôle du généraliste en revalorisant son activité de premier acteur du système de santé et sa fonction d'orienteur dans ce système. En conclusion, le système de santé devrait moins être concentré autour de la structure hospitalière.

Débat sur l'entrée en matière

Un tour de table permet de situer les tendances dans la commission conjointe. Le groupe libéral n'est pas contre une planification sanitaire mais la LAMal n'exige qu'une planification hospitalière. Une évaluation financière du RD 281 lui paraît indispensable. Une motion sera déposée dans ce sens. Il y a un manque d'information sur les implications financières et les libéraux craignent de se laisser entraîner dans une spirale, raison pour laquelle ils ne voteront pas l'entrée en matière.

Le groupe PDC considère également que l'entrée en matière est difficile à accepter car le rapport manque de données dans le domaine financier. En votant la R 344, la commission donnerait un blanc-seing au Conseil d'Etat.

De nombreux amendements paraissent nécessaires au groupe PDC.

Le parti radical n'a pas de position commune à ce stade. Depuis l'introduction de la LAMal, les données chiffrées font défaut. Même dans le rapport NOPS (nouvelles orientations de la politique sanitaire) du Conseil d'Etat vaudois, les données les plus récentes remontent à 1991. Globalement, il est difficile de savoir ce que coûte le système de santé dans son ensemble,

raison pour laquelle le parti radical se prononcera ultérieurement sur l'entrée en matière.

Au parti socialiste, les avis sont également partagés, car le RD 281 ne contient rien sur la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève. Le Conseil d'Etat doit élaborer une autre politique sanitaire, raison pour laquelle le groupe socialiste ne souhaite pas entrer en matière pour le moment.

Les Verts éprouvent un malaise face à ce rapport. Ils souhaitent prendre acte de la R 344, mais ne pas entrer en matière.

L'Alliance de Gauche fait également le constat que le RD 281 est basé sur une série de documents dont il faut prendre acte. Les données fournies par le professeur Rougemont devraient être intégrées à la discussion. L'AdG souhaite entrer en matière sur la R 344, tout en l'amendant.

La situation est débloquée par la proposition de repousser le vote sur l'entrée en matière après avoir auditionné les représentants des acteurs dans le système de soins, et constitué une sous-commission qui examinerait les propositions des différents groupes pour trouver une base d'accord sur les amendements, méthode acceptée par la commission.

Deuxième série d'auditions

Audition de MM. Claude Aubert et Jean-Marc Guinchart, respectivement président et secrétaire de l'Association des médecins de Genève (AMG)

Un texte est remis à la commission (cf. annexe) et il est rapidement commenté par M. Guinchart. Selon l'AMG, nous avons davantage assisté à une augmentation progressive des coûts qu'à une réelle explosion. De 1985 à 1995, alors que l'indice suisse des prix à la consommation progressait de 32,2 %, celui des systèmes de santé atteignait 39,3 %. Or, depuis 1993, les coûts ambulatoires se sont stabilisés, les coûts hospitaliers ont continué à progresser et les primes d'assurance ont suivi le mouvement puisque la LAMal a étendu ses prestations de base. Les primes vont probablement se stabiliser.

En ce qui concerne les nouveaux instruments de la planification sanitaire, pour M. Aubert, l'image des cascades et des flux permet de visualiser le fonctionnement du système. Sur les 1000 médecins en formation à Genève, 10 % s'installent par année, soit 100 médecins. Avec ses 1000 postes de formation dans ses hôpitaux publics, la proportion de médecins venant d'ailleurs que du canton va croître si le système est rétréci en amont. Il faut envisager un contrôle en aval, avec un numerus clausus interne aux spécialités, en fonction des débouchés.

Pour la clause du besoin, les règles du jeu doivent être égales pour tous, secteur public et secteur privé. Par exemple, en matière d'imagerie médicale (type IRM), les deux secteurs doivent être également concernés par une régulation. Enfin, le carnet de santé doit être apprécié de façon nuancée. Efficace pour les enfants et les personnes âgées, il est aléatoire entre les deux classes d'âge. Le médecin de premier recours ou de famille peut jouer le rôle de mémoire et remplacer le carnet de santé. L'AMG est favorable à un système de carte à puce possédant une mémoire sélective qui permettrait d'avoir accès à des informations ciblées. De plus, la population ne peut être considérée de façon homogène.

Audition de M^{me} Véronique Maye et de MM. Jean-Claude Eggimann et Bernard Rueff, de la Fédération genevoise des assurances-maladie (FGAM).

La planification hospitalière joue dans la planification sanitaire un rôle éminent, car elle est un des outils les plus efficaces pour la maîtrise des coûts. Selon la loi, les décisions sur la planification sanitaire auraient dû être prises par les députés avant décembre 1997. Publier la liste des hôpitaux avant l'adoption de la planification hospitalière est une aberration. Or le canton connaît une surcapacité en matière d'offre de lits. Il n'y a pas d'étude ni d'indicateur valable pour justifier telle ou telle diminution. Le mandat confié à l'OCSTAT l'a été trop tardivement. Nous manquons de données pour une planification hospitalière qui se respecte. Il faut également tenir compte du secteur privé. Une évaluation des besoins est possible, en tenant compte des transferts de patients dans une planification sanitaire intercantonale. Les missions hospitalières doivent être définies.

Pour les autres outils de maîtrise des coûts de la santé, l'introduction du *numerus clausus* devrait être envisagée au niveau suisse, avec des critères de sélection pertinents. D'autres mesures de répartition des médecins doivent être prévues. Pour la clause du besoin, il faut distinguer les cabinets médicaux d'une part et les appareils médicaux d'autre part. La garantie de liberté de commerce pose problème pour les cabinets médicaux. Par contre, la clause du besoin pour les appareils médicaux est souhaitable, car il y a un suréquipement à Genève. Par exemple, le canton dispose d'au moins 10 IRM, alors que l'OMS prévoit 1 IRM pour 500 000 habitants ! Il doit être possible d'agir par le biais des tarifs. Enfin, le carnet de santé est une bonne chose car il permet de contrôler la surconsommation et l'adéquation du traitement, s'il est couplé avec une présentation obligatoire du carnet.

En matière d'assurances complémentaires, il semble que près de la moitié de la population dispose d'une telle assurance. Les complémentaires dépendent depuis 1996 des assurances privées, lesquelles fixent librement les

couvertures et les primes. La loi interdit des compensations entre les différents secteurs, par exemple entre les primes des enfants pour une couverture des coûts de santé des adultes. Il faut savoir que les assurances maladies sont favorables au principe du coût par pathologie.

Pour les cliniques privées qui figurent sur la liste du Conseil d'Etat, la nouvelle LAMal demande une division générale. La question qui va se poser est de savoir comment une telle clinique pourra soigner ses patients en privé lorsque l'on sait que seule la moitié du coût total par patient sera assurée par les caisses-maladie et que l'autre moitié, assurée dans le public par les subventions de l'Etat sera prise également en charge par les assurances maladie ; dans ce cas, les primes d'assurance complémentaire privée risquent d'exploser, et plus personne ne prendra de telles assurances. En ce qui concerne les franchises, le problème est réglé par l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). D'une manière générale, le principe de la concurrence entre les caisses-maladie doit être maintenu.

Audition de MM. Philippe Glatz, Nicolas Froelicher, James Bissel et Philippe Caruzzo de l'Association des cliniques privées du canton de Genève (ACPG)

L'ACPG comprend neuf établissements hospitaliers de soins aigus, dans un réseau de type complémentaire. Ils représentent 26 % des lits de soins aigus du canton et traitent 30 % des patients dans ce domaine avec 26 % des journées hospitalières en soins aigus, pour 1600 emplois. La complémentarité entre le secteur public et le secteur privé est insuffisamment développée dans le RD 281. Si les hôpitaux privés n'assumaient pas leurs 125 000 journées d'hospitalisation, cela représenterait 200 millions à la charge de l'Etat. Les quatre plus grands établissements privés (Les Grangettes, La Colline, La Tour et La Générale-Beaulieu) ont un taux d'occupation de 85 % en moyenne annuelle, avec une durée moyenne de séjour de 5 jours et demi par patient.

L'ACPG regrette de n'avoir pu pleinement être associée à l'établissement de la liste des hôpitaux. L'ACPG souhaite une réflexion sur le rôle de l'Etat garant ou gérant. Des accords existent entre le public et le privé dans le domaine des soins intensifs et des urgences pédiatriques (HUG et La Tour). De plus, l'hôpital de La Tour assure depuis de nombreuses années la formation d'une vingtaine de médecins assistants par année, sans subvention de l'Etat. Une meilleure collaboration est souhaitée. Dans le domaine des soins à domicile, certaines cliniques privées ont développé des structures pour les premiers jours consécutifs à la sortie de l'hôpital.

Audition de MM. Andréas Saurer et Alain Riesen (Forum Santé)

Pour les représentants du Forum Santé, l'absence d'un rapport Vaud-Genève en matière de politique sanitaire est regrettable. Le RD 281 donne peu d'indications sur l'articulation entre les besoins et les fournisseurs de soins. Par exemple, le moratoire sur les EMS est mentionné sans être justifié. Il manque une réflexion d'ensemble et sectorielle de l'offre de lits pour une véritable planification. Sur les nouveaux instruments de la planification, la question du *numerus clausus* est un faux problème. De fait, le nombre de places détermine les taux d'échecs entre la première et la deuxième année d'étude. Par contre, la clause du besoin est une notion centrale. Elle doit concerner le secteur public comme le privé. L'exemple des consultations ambulatoires des HUG (500 000 par année) représente le travail de 200 médecins en ville. Il faut une réflexion d'ensemble également dans le domaine ambulatoire, surtout si l'on sait que 2/3 des dépenses dans le système de santé dépendent de la décision du médecin de ville lors d'hospitalisations. La densité médicale est également en lien direct avec les coûts de la médecine ambulatoire selon M. Domenighetti (cf. annexe), une clause du besoin est nécessaire au contrôle des coûts. Le carnet de santé, enfin, est un moyen de lutte contre la surconsommation médicale. Le Forum Santé préfère l'attitude pédagogique au principe du carnet obligatoire dans une logique de simple contrôle. L'adhésion volontaire doit être liée au consentement libre et éclairé, avec le droit du patient de préserver le caractère confidentiel et de contrôler voire retirer des éléments du carnet. En fait, c'est le processus de relation entre les patients et les professionnels de la santé qui est en jeu. Il faut donc inscrire le projet de carnet de santé dans une série de mesures d'éducation à la santé en visant la responsabilisation du patient et non le contrôle social. L'exemple des malades du SIDA montre que dans une relation de confiance, beaucoup de choses peuvent évoluer entre les soignants et les patients. Si au contraire, un aspect répressif apparaît, alors une partie de la population cherchera à s'y soustraire. De toute façon, il faut favoriser le débat sur les nouveaux instruments.

Travaux de la sous-commission

Réunie à quatre reprises entre le 10 mars et le 31 mars 1998, avec deux représentants par groupe, un intense travail a été entrepris pour dégager des options et des priorités en vue d'une résolution et de motions et de les dissocier de l'acceptation ou non du RD 281.

Un tour de table a mis en évidence les principes suivants :

Les Verts sont les plus critiques sur le fait que la commission doit plancher sur une planification sanitaire que n'exige pas la LAMal alors que les décisions concernant la planification hospitalière et en particulier la liste des hôpitaux reconnus par le canton ont déjà été prises par le Conseil d'Etat. Il faut prendre acte du rapport et adopter une position minimaliste, à savoir une demi-douzaine d'objectifs.

Le PDC insiste sur le manque de données chiffrées pour évaluer les coûts futurs. Dans les hôpitaux, la planification est une réalité. Les députés peuvent donner dans une résolution ou une motion des principes prioritaires pour une politique de santé par exemple dans la complémentarité entre le secteur public et le privé. Le PDC regrette que les députés ne connaissent pas les critères ayant présidé au choix des hôpitaux sur la liste.

Pour les libéraux, l'évaluation financière est déterminante. Ils ne peuvent souscrire à la R 344 actuelle. Ils souhaitent une procédure de consultation sur les nouveaux instruments de la planification. Une tendance libérale souhaite une planification sanitaire intégrée au niveau suisse, et une prise en compte prioritaire des aspects qualitatifs plutôt que quantitatifs.

L'AdG défend le principe d'une résolution en prenant acte du rapport. Il faut distinguer les objectifs et moyens généraux d'objectifs et moyens plus ciblés. Des éléments de la planification qualitative doivent apparaître dans la résolution. Par ailleurs, l'AdG ne peut accepter la planification quantitative telle que résumée dans le rapport RD 281, en particulier la baisse linéaire du nombre de lits hospitaliers sans une réflexion plus approfondie. Il faudrait par exemple définir des critères sur les taux d'occupation minimaux acceptables, en-deçà desquels une diminution du nombre de lits est envisageable.

Pour les radicaux, le RD 281 est un document utile mais les données chiffrées manquent pour définir un plan d'action précis. Une motion permettrait de mieux cerner les orientations. Le principe d'amender la résolution est accepté par ce groupe.

Les socialistes ne peuvent que prendre acte de ce qui existe déjà. La résolution doit être amendée. Demander par une motion une modification fondamentale pour les années 1998-2001 est inutile. Il vaut mieux cerner les critères pour élaborer la planification sanitaire 2001-2005 dans de meilleures conditions. Une politique sanitaire devrait être basée sur une planification par objectifs de santé en indiquant les moyens.

L'idée qu'avant de voter la résolution la commission fasse part d'une motion adressée au Conseil d'Etat pour obtenir davantage d'informations est refusée par une majorité, plusieurs groupes étant divisés. La sous-commission élabore un projet de résolution soutenu par 10 députés avec deux

abstentions ; la dernière invite est acceptée à l'unanimité. Le principe d'une motion plus détaillée est accepté et un projet est élaboré.

Fin des travaux

La résolution R 344-A proposée par la sous-commission est soumise au vote. La proposition d'ajouter un considérant sur « la nécessité de maîtriser les coûts de la santé » est refusée par une majorité car cette notion figure dans les considérants de la motion et qu'il faut conserver la cohérence de la démarche entre les deux textes. La proposition de modifier la troisième invite de la résolution par le texte « les principes de la planification sanitaire qualitative sont approuvés sous réserve d'une évaluation financière des objectifs engagés » est refusée par 11 non (4 AdG, 5 S, 1 Ve, 1 L), 8 oui (3 PDC, 2 R, 3 L) et une abstention radicale. Au vote final, **la R 344-A relative à la planification sanitaire (1998-2001) est approuvée telle qu'elle ressort des travaux de la sous-commission par 14 oui (4 AdG, 5 S, 1 Ve, 3 R, 1 L), un non (PDC) et 5 abstentions (2 PDC, 3 L).**

Une majorité de la commission a souhaité garder comme base de travail pour une motion le texte émanant de la sous-commission. Celui-ci a été modifié dans sa forme, mais la structure en quatre parties a été conservée. Les amendements de fond ayant fait l'objet d'un débat et qui ont été acceptés ont été intégrés à la motion dans sa rédaction définitive en commission. Les amendements refusés sont les suivants :

-A. 1a « dont le génie génétique »

5 « en ayant soin de maîtriser les coûts ».

Un vote séparé sur chacune des parties a été refusé. Au vote final, **la motion sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001) est adoptée par 19 oui (5 AdG, 6 S, 2 Ve, 3 PDC, 2 R, 1 L), 1 non (L) et 3 abstentions (1 Ve, 2 L).**

Une partie du groupe libéral a souhaité joindre au présent rapport la motion 1145 « Pour des prestations sociales coordonnées et répondant aux besoins de la population genevoise », renonçant ainsi à un rapport de minorité.

Ainsi, la majorité de la Commission conjointe sociale et santé vous demande, Mesdames et Messieurs les députés, d'accepter la résolution 344-A et la motion 1229 telles qu'issues des travaux stimulants, parfois tortueux mais surtout animés de la commission.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

(344)

relative à la planification sanitaire (1998-2001)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,

vu :

- la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en particulier l'article 39,
- la loi cantonale d'application de la LAMal (J 3 05), article 3, alinéa 1,
- la loi cantonale instituant un plan directeur des prestations sanitaires (K 1 10),
- le rapport Gilliland sur le système de santé genevois publié en décembre 1996,
- le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001),
- les rapports sur la planification sanitaire qualitative publiés en janvier 1998,
- les décisions prises par le Conseil d'Etat sur la liste des établissements hospitaliers en 1997,
- la loi sur l'aide à domicile (K 1 05),
- la loi sur les établissements médico-sociaux (K 2 2),

décrète :

1. Les principes généraux d'une politique de santé visant à promouvoir l'égalité d'accès aux soins et la qualité des soins sont approuvés.
2. Les principes généraux d'une planification sanitaire visant notamment à promouvoir la santé et la prévention des maladies et des accidents, à développer les réseaux de soins ambulatoires, à domicile et hospitaliers sont approuvés.
3. Les principes de la planification sanitaire qualitative sont approuvés.
4. La mise en œuvre des instruments existants de la planification, notamment les statistiques sanitaires, la comptabilité analytique, les indicateurs de qualité, la liste des fournisseurs de prestations, les mandats de prestations, est approuvée.

5. Le Conseil d'Etat est chargé de fournir un rapport sur les nouveaux instruments de la planification sanitaire tels que la clause du besoin, le carnet de santé, la limitation du nombre d'étudiants en médecine et la limitation du nombre de places de stages hospitaliers après une large consultation des milieux concernés.

Secrétariat du Grand Conseil**M 1229**

*Proposition présentée par M^{mes} et MM. les députés:
Marie-Françoise de Tassigny, Esther Alder, Roger
Beer, Marie-Paule Blanchard-Queloz, Loly Bolay,
Juliette Buffat, Pierre-Alain Champod, Jacqueline
Cogne, Jean-François Courvoisier, Marie-Thérèse
Engelberts, Alain Etienne, Gilles Godinat, Mireille
Gossauer-Zurcher, Pierre Marti, Louiza Mottaz,
Danielle Oppliger, Véronique Pürro, Stéphanie
Rueggsegger et Salika Wenger*

Date de dépôt: 3 septembre 1998

Messagerie

Proposition de motion**sur la politique de santé et la planification sanitaire (1998-2001)**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
considérant :

- le rapport de la planification sanitaire ;
- la R 344-A ;
- la nécessité de définir des objectifs et des moyens dans la planification
sanitaire ;
- la nécessité de maîtriser les coûts de la santé,

invite le Conseil d'Etat

Pour maintenir et, si possible, améliorer l'état de santé de la population genevoise, à poursuivre de façon générale les buts suivants :

1. réduire les décès prématurés et maladies évitables, grâce aux connaissances scientifiques actuelles par une action ciblée notamment sur les maladies cardio-vasculaires, le cancer du sein, le SIDA, les traumatismes non intentionnels, les douleurs du dos, la dépression et le suicide ;
2. diminuer ou éliminer certains déterminants comportementaux et environnementaux ayant un impact négatif sur la santé par une action ciblée notamment sur le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, le stress et la maltraitance ;
3. prévenir les effets de la précarisation sur la santé par une action visant à réduire les effets néfastes du chômage et de l'isolement ;
4. réduire les conséquences des maladies sur la qualité de vie, en particulier avec les soins palliatifs ;
5. préserver les acquis du système de santé tout en améliorant sa qualité, son accessibilité et son efficacité ;
6. développer la recherche scientifique fondamentale et clinique ;

B

1. promouvoir une planification sanitaire intercantonale notamment entre les cantons de Vaud et de Genève, voire régionale ;
2. encourager une meilleure collaboration entre les secteurs privé et public sous le principe de la complémentarité dans tous les domaines, y compris la formation et renforcer la concertation nécessaire entre les partenaires, acteurs du système de soins ;
3. évaluer les besoins de soins hospitaliers afin de déterminer le nombre de lits nécessaires en tenant compte de manière adéquate du secteur privé tout en garantissant l'accès pour tous ;
4. développer un tableau de bord statistique détaillé et opérationnel pour faciliter des comparaisons fiables entre public et privé ;
5. mettre en place un système d'information adéquat et performant, et renforcer la concertation nécessaire entre les partenaires, acteurs du système de soins, afin de guider le système de santé et évaluer son impact en termes d'efficacité et son efficacité ;

C

Envisager une réforme du système de santé selon les axes prioritaires suivants:

1. une augmentation importante et coordonnée des activités de prévention et de promotion de la santé au niveau de la population générale par des actions tout public à travers les médias et dans des lieux spécifiques (centre d'action sociale et de santé, centres de quartier, pharmacies, écoles) et par des actions ciblées pour des personnes à haut risque ;
2. un changement des pratiques médicales mettant l'accent sur une approche préventive, intégrant les divers aspects de la santé, soutenu par des incitatifs financiers et une formation pré-, postgraduée et continue appropriée ;
3. un déplacement des activités de l'hospitalier vers l'ambulatorie, essentiellement dans le but d'augmenter la qualité de vie des malades, le seul but de la réduction des coûts ne correspondant pas aux résultats de cette analyse, ni aux expériences faites ailleurs ;
4. une maîtrise des coûts qui, tout en conservant le niveau actuel des dépenses, vise à augmenter l'efficacité du système des soins (cela concerne autant les soins hospitaliers qu'ambulatories), et à attribuer les ressources ainsi dégagées aux activités de prévention et de promotion de la santé, de la recherche et de la formation continue ;
5. une meilleure information par un rappel régulier à chacun de sa responsabilité personnelle dans l'augmentation des coûts de la santé ;
6. la désignation d'une instance coordinatrice responsable de veiller à la mise en œuvre de l'ensemble du plan d'action défini dans la politique de santé, chaque institution, organisation ou association concernée assumant ses responsabilités telles que précisées au préalable.

D

1. à présenter un rapport détaillé et chiffré et financier sur les effets de la planification sanitaire (1998-2001) ;
2. à fixer les objectifs pour maîtriser les dépenses et orienter les ressources, et fournir au Grand Conseil une évaluation financière qui recouvre tous les principes d'application et les instruments prévus dans le rapport du Conseil d'Etat relative à la planification sanitaire (1998-2001).

Secrétariat du Grand Conseil**M 1145**

*Proposition de M^{mes} et MM. Micheline Spoerri,
Janine Berberat, Claude Howald, Geneviève
Mottet-Durand, Bernard Annen et Olivier
Vaucher*

Dépôt: 10 juin 1997

PROPOSITION DE MOTION

**pour des prestations sociales coordonnées et répondant aux besoins
de la population genevoise**

LE GRAND CONSEIL,

considérant :

- qu'il est nécessaire, devant les difficultés que rencontrent un nombre croissant de personnes démunies, qu'une aide sociale adaptée et active soit offerte pour l'ensemble du canton, et cela en coordination avec les communes;
- que, depuis de nombreuses années, les prestations sociales sur le territoire de la Ville de Genève sont dispensées par divers services communaux et cantonaux en parallèle, et de manière le plus souvent non concertée;
- que, compte tenu des problèmes financiers que traversent nos collectivités publiques, il est indispensable d'utiliser les deniers publics de manière optimale;
- qu'en 1996, une modification de l'article 14 de la loi cantonale sur l'assistance publique donne compétence à l'Hospice général « d'appliquer la politique sociale définie par le Grand Conseil et le Conseil d'Etat » et

que, par conséquent, cette institution est désormais habilitée à assurer une coordination de l'aide au niveau cantonal,

demande au Conseil d'Etat :

- de faire l'inventaire des prestations sociales offertes sur le territoire cantonal;
- de faire une étude particulière sur les prestations financières supplémentaires offertes sur le territoire des communes et, en particulier, de la Ville de Genève; de faire des propositions concrètes de répartition des tâches entre les services sociaux communaux et l'Hospice général;
- d'assurer la coordination entre les diverses prestations sociales financières offertes plus généralement sur le territoire cantonal, de tenir compte, dans ce cadre, des initiatives privées et de les encourager.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Dans les années 1920-1930, la Ville de Genève a mis en place des prestations sociales pour ses habitants.

Celles-ci étaient de deux natures: en espèces et sous forme d'appui social essentiellement, puis infirmier.

En espèces, existaient alors non seulement des prestations financières mais également des apports matériels par des « magasins ou établissements » de la Ville.

Sur le plan social, des aides étaient apportées soit directement par un service social de la Ville, soit par des offices proches de la Ville tels que le Bureau d'aide sociale, pour ne citer qu'une institution.

Aux environs de 1935, le canton a développé, à son tour, des prestations sociales, notamment par l'adoption de la loi cantonale sur les prestations complémentaires et sociales qui ont été intégrées en 1987-1988 aux prestations complémentaires à l'AVS-AI, et cela pour deux raisons: d'une part, la Confédération prenait en charge les 30% (actuellement 10%) de ces prestations; d'autre part, par simplification et pour éviter d'avoir deux législations parallèles.

Durant toutes ces années, la Ville de Genève a, elle aussi, développé ses prestations sociales, notamment par un réseau de services sociaux de quartier, des immeubles avec encadrement infirmier et d'autres prestations annexes attribuées directement à ses bénéficiaires, soit à des institutions semi-privées ou privées travaillant sur le territoire de la Ville.

Toutes ces démarches parallèles, et par ailleurs fort louables, ont abouti à ce que nombre de prestations peuvent être allouées simultanément aux bénéficiaires potentiels et sans aucune concertation. Il en résulte que les bénéficiaires les plus habiles obtiennent des prestations faisant double usage et les autres – la majorité – ne savent pas où s'adresser dans le dédale des offices sociaux.

Depuis la modification de la loi cantonale sur l'assistance intervenue en 1996, l'Hospice général est responsable de mettre en place la politique sociale du canton. Dès lors, il apparaît logique qu'il coordonne l'ensemble des activités sociales du canton et des communes de manière à avoir une utilisation cohérente et rationnelle des ressources affectées à cet effet.

Vu ce qui précède, il est indispensable d'uniformiser la répartition de ces prestations sociales, et cela pour les raisons suivantes:

- les bénéficiaires auront un interlocuteur central, à savoir l'Hospice général, où ils pourront s'adresser en cas de besoin, charge à celui-ci de leur indiquer leur service social de proximité;
- une réallocation de toutes ces ressources doit être effectuée de manière à éviter les « doublons » et à utiliser de manière optimale les ressources du secteur social.

Secrétariat du Grand Conseil**M 1356**

Proposition présentée par les députés:

M^{mes} et MM. Elisabeth Reusse-Decrey, Alexandra Gobet, Charles Beer, Christian Brunier, Nicole Castioni, Alain Charbonnier, Jacqueline Cogne, Jean-François Courvoisier, Pierre-Alain Cristin, Alain Etienne, Laurence Fehlmann Rielle, Mireille Gossauer-Zurcher, Mariane Grobet-Wellner, Dominique Hausser, Véronique Pürro, Jacques-Eric Richard, Albert Rodrik, Christine Sayegh, Françoise Schenk-Gottret, Myriam Sormanni-Lonfat et Alberto Velasco

Date de dépôt: 23 mai 2000

Messagerie

Proposition de motion

pour la création d'un observatoire permanent de la santé

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- que le canton de Genève a manifesté, à chaque augmentation des cotisations de caisse-maladie, la volonté de participer activement au contrôle des coûts avancés par les assurances ;
- que, dans le contexte du projet de loi 8173 afférent à l'introduction d'une clause du besoin pour les équipements médicaux lourds, il est apparu que le Conseil d'Etat ne disposait d'aucune donnée concernant l'état des pratiques médicales, les besoins de santé publique et la ventilation des coûts de la santé qui prévalent dans le canton ;

- que, dans ces conditions, il n'est pas possible d'édicter de façon pertinente des dispositions tendant à la réduction des coûts de la santé sans risquer de porter atteinte aux besoins de la population,

invite le Conseil d'Etat

- à mettre sur pied un observatoire permanent de la santé chargé de rapporter régulièrement sur
 - les besoins de santé de la population genevoise,
 - l'état des pratiques médicales ayant cours dans le canton, dans le secteur public comme dans le secteur privé, notamment en matière de prescription, d'administration et d'ententes de soins, comme en matière de délais,
 - le coût détaillé des prestations de santé ;
- à présenter, dans un délai d'un an suivant l'adoption de la présente motion, un premier tableau de répartition des coûts à charge des assurances-maladie.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Il convient de rappeler, en introduction à cet exposé des motifs, que le groupe socialiste, comme d'autres bien sûr, est préoccupé par l'augmentation vertigineuse des coûts de la santé et par leurs conséquences sur les primes d'assurances-maladie et accidents.

Mais il est encore plus préoccupé, dans cette recherche avide de solutions visant à stopper cette spirale, de ne pas faire prendre de risques à la qualité des soins à Genève. Plus encore, de ne pas créer une médecine privilégiant celles et ceux qui ont les moyens, une médecine privilégiant les riches.

Le projet de loi du Conseil d'Etat sur la clause du besoin affirme qu'une telle clause est nécessaire pour initier un processus de frein à cette ascension des coûts de la santé.

Qu'appelle-t-on un besoin ? Quelles seront les économies potentielles ? Quelle est la différence entre rationnement (ce que nous ne voulons pas) et rationalisation (qui laisse la possibilité d'augmenter le nombre d'équipements lourds s'ils sont nécessaires, mais alors pourquoi une clause du besoin) ? Quelles sont les expériences des autres pays ? (La France semble enfin admettre que son retard en équipements lourds est gravissime pour la qualité des soins et l'égalité de l'accès aux soins.) Pourquoi avoir choisi un montant de 1 million ? (alors que certaines machines énumérées dans le projet de loi ne coûtent même pas 100 000 F) ? Quel est l'avantage d'une intervention rapidement effectuée grâce à un équipement lourd par rapport à une intervention chirurgicale classique accompagnée d'une hospitalisation et d'un arrêt de travail ? Ce calcul a-t-il été fait ? (La simple comparaison du nombre d'IRM par nombre d'habitants ne veut absolument rien dire), etc.

Après plusieurs auditions en Commission de la santé, le groupe socialiste a acquis deux certitudes :

1. la clause du besoin sur les équipements lourds n'amènera pas, voire peu, d'économies ;
2. les risques de l'installation d'une médecine à deux vitesses ne peuvent être exclus, personne n'ayant été capable de prouver que les bénéficiaires d'assurances complémentaires ne seront pas plus vite « servis » que les assurés plus modestes.

Dans ce contexte, certitude de peu – voire pas – d’effets positifs, mais certitude également de l’incapacité d’exclure un risque potentiel d’atteinte à la qualité des soins et à une égalité d’accès pour tous, le groupe socialiste a décidé de refuser d’aller plus loin dans l’étude du projet de loi sur la clause du besoin aussi longtemps que ses inquiétudes n’auront pas été levées. C’est une question fondamentale de politique de santé publique.

C’est pour ces raisons que les députées et députés socialistes déposent cette motion, développant les questions auxquelles ils souhaitent impérativement avoir des réponses avant de prendre des décisions. Cette motion, dès lors que le débat a déjà eu lieu en commission, devrait être adressée directement au Conseil d’Etat.