

Date de dépôt : 12 août 2020

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Professions de la santé)

Rapport de M. Pierre Nicollier

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé a traité du PL 12423 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Professions de la santé) durant 7 séances sous la présidence de M^{me} Marjorie de Chastonay de novembre 2019 à mai 2020.

Les procès-verbaux ont été tenus par M^{me} Mariama Laura Diallo et M. Sébastien Pasche. La commission les remercie pour la qualité de leur travail.

Les débats ont en outre été menés en présence de M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat chargé du DSES, M. Adrien Bron, directeur de la direction générale de la santé (DGS), M^{me} Anne Etienne, directrice du service juridique de la DGS, ainsi que M. Jacques-André Romand, médecin cantonal, pour les deux premières séances, M^{me} Corina Wieland Karsegard en remplacement de M^{me} Etienne le 21 février 2020, et M. Nicolas Muller le 8 mai 2020.

Le PL 12423 a pour objectif d'adapter la législation cantonale suite à la modification de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd ; RS 811.11) ainsi que de clarifier les conditions relatives à la délégation d'actes médicaux et les pratiques complémentaires. Il comprend également une refonte structurelle devant permettre de faciliter sa lecture et sa compréhension. Le PL 12423 a été adopté par 13 voix pour et 1 abstention.

La commission a mené les auditions suivantes lors de ses travaux :

- M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat chargé du DSES, M. Adrien Bron, directeur de la direction générale de la santé (DGS), M^{me} Anne Etienne, directrice du service juridique de la DGS, et M. Jacques-André Romand, médecin cantonal ;
- M. Michel Matter, président de l'AMGe, M^{me} Dominique Simonet May, présidente de l'ASI, et M^{me} Patricia Borrero, vice-présidente de l'ASI ;
- M^{me} Marie Da Roxa, directrice générale de l'IMAD, accompagnée de M. Antoine Barzin, directeur des projets stratégiques de l'IMAD, M. Bertrand Levrat, directeur général des HUG, et le professeur Arnaud Perrier, directeur médical des HUG ;
- M^{me} Anne-Laure Repond, secrétaire générale de la FEGEMS, M. Jean-Marc Guinchard, secrétaire général de l'AGEMS, ainsi que M. Stéphane Janier et M^{me} Béatrice Hirsch, responsables des soins dans un EMS ;
- M. Jérôme Laederach, président d'INSOS, et M. Pierre Coucourde, président d'AGOEER ;
- M^{me} Marie-Laure Kaiser, directrice de la Haute école de santé, M. François Abbe-Decarroux, directeur général de la HES-SO, M. Harold Martin, directeur du Centre de formation professionnelle santé, ainsi que M. Patrick Schmied, président, et M^{me} Dominique Roulin, directrice de l'Association OrTra Santé-Social ;
- Audition du D^r Cédric Gillibert, président du MEPAG'S.

La commission a également reçu les prises de position écrites suivantes :

- M. Luc Munier, président de l'API (*annexe 1*) ;
- M^{me} Véronique Crettol Bellanger, présidente de PharmaGenève (*annexe 2*) ;
- M. Alessandro Pelizzari, président de la CGAS, et M. Davide de Filippo, Vice-président de la CGAS (*annexe 3*) ;
- Dr Pierre Froidevaux, ancien député, président SOS Médecins (*annexe 4*).

Ce rapport est structuré selon les thèmes abordés lors du travail de la commission et non pas selon les auditions menées, ceci afin d'en faciliter la compréhension.

Table des matières

Professionnels de la santé	4
Différentes catégories	4
Extinction du droit de pratique.....	4
AMGe – ASI.....	5
Niveau de langue	5
Qualité et contrôle de la pratique	6
AMGe – ASI.....	7
Délégations à des professionnels et non-professionnels de la santé	8
Situation générale	8
AMGe – ASI.....	12
HUG, IMAD.....	14
FEGEMS, AGEMS, EMS.....	19
MEPAG’S.....	21
Institutions pour personnes en situation de handicap.....	24
INSOS, AGOEER.....	24
Formation et salaires	30
AMGe – ASI.....	32
IMAD, HUG.....	34
HEPS, HES-SO, CFPS, OrTra Santé-Social.....	35
Discussion et vote	41
2 ^e débat	42
Section 1	42
Section 2	44
Section 3	57
Section 4	59
3 ^e débat	84
Discussions finales et vote.....	86
Synthèse	87

Professionnels de la santé

Différentes catégories

M. Bron indique que ce PL réduit le nombre de catégories de professionnels de santé à deux.

M. Romand rappelle qu'il y avait auparavant trois types de professionnels : les médecins indépendants, les médecins dépendants mais sous leur propre responsabilité et les médecins dépendants sans responsabilité. Le droit fédéral a simplifié la loi en réduisant les catégories à deux : les professionnels de la santé sous surveillance sans responsabilité (par exemple un médecin sans titre) et les professionnels de la santé avec leur propre responsabilité. La loi avait déjà été allégée pour les personnes en formation dans les centres de formation reconnus. Ceux-ci n'ont désormais plus besoin d'avoir une autorisation de pratiquer pour favoriser la mobilité des internes. Ces personnes étaient peu enclines à venir à Genève, car il s'agissait du seul canton à exiger une autorisation de pratiquer. Cela a aussi la qualité d'éviter que des médecins diplômés restent presque toute leur vie sous surveillance, car l'institut pour lequel ils travaillent n'a pas la catégorie de formation reconnue.

Extinction du droit de pratique

M. Romand indique qu'ils souhaitent aussi définir la fin des autorisations de pratiquer avec une extinction automatique de l'autorisation de pratiquer, cette dernière ne pouvant être prolongée que sur demande.

Un député PLR demande comment les personnes ayant passé les 70 ans seront traitées précisément.

M. Romand précise qu'actuellement, ces personnes doivent présenter un certificat médical d'aptitude pour demander une prolongation de leur autorisation de pratiquer. La différence est qu'il y aura désormais une radiation d'office pour les médecins qui ne font pas la demande.

Un député S se demande pourquoi l'on a fixé la limite d'âge à 70 ans.

M. Romand précise que la limite à 70 ans relève d'un parallèle avec le permis de conduire. Il ajoute qu'après 80 ans, l'autorisation tombait d'office. Le pharmacien cantonal est allé jusqu'au TAF et cette limitation cantonale a été balayée. La notion de limite absolue a donc été retirée. La DGS exige que le certificat soit délivré par un médecin en activité.

AMGe – ASI

M. Matter trouve que le fait que les médecins soient « radiés » à 70 ans est très peu élégant comme formulation.

M. Poggia précise qu'il s'agit de radier celui qui ne donne plus de signe de vie administrative. Il indique que ce n'est probablement pas la radiation qui choque M. Matter, mais l'automatisme.

M. Matter répond que c'est en effet le fait que tout d'un coup à 70 ans le médecin est radié du registre. Les médecins qui quittent les HUG par force à l'âge de la retraite vont travailler encore plusieurs années en ville.

M. Poggia précise que selon l'art. 78 « un professionnel de la santé qui entend exercer son activité au-delà de 70 ans doit en faire la demande à la DGS en présentant un certificat médical. Le droit de pratiquer peut être prolongé pour 3 ans puis tous les 2 ans ». La seule nouveauté est de préciser ce qu'il se passe si, au-delà de deux ans, il ne le fait pas.

M. Matter pense qu'un travail de planifications doit être effectué en ce qui concerne le nombre de médecins en activité. Il a de grandes interrogations pour tous les jeunes actuellement en formation, les internes et chefs de clinique. La DGS doit faire un travail par rapport aux médecins qui ne pratiquent presque plus et qui possèdent un droit de pratique pour faire vaguement des ordonnances pour leur famille. Il faudra comprendre quel est le nombre réel de médecins en activité.

M. Bron revient sur la question de la radiation. Aujourd'hui, l'administration envoie des rappels, mais s'il n'y a pas de signes de vie, la radiation ne peut pas avoir lieu.

Niveau de langue

Concernant le niveau de langue des médecins, M. Romand indique que le niveau de français B2 pour un pédopsychiatre, un médecin aux urgences ou en psychiatrie n'est pas suffisant et qu'ils ont donc prévu comme exigence un niveau de français minimum de C1. Il précise que le Parlement fédéral est aussi en train de réviser l'exigence B2 pour l'élever à C1.

Un député PLR souligne que la maturité est équivalente à un niveau B2, et il se demande si l'on n'est pas en train de se tirer une balle dans le pied en demandant le niveau C1, en empêchant les médecins d'aller d'un canton à l'autre.

M. Romand explique qu'il a dû interdire une pratique sans surveillance. Il a dit par téléphone à un cardiologue qu'il avait mal dans la poitrine et que ça bougeait dans son bras gauche. Le cardiologue lui a alors demandé s'il

pouvait expliquer cela en anglais. Il estime que l'on doit avoir des médecins qui comprennent ce que les patients ont à dire.

Le député PLR relève que, dans le curriculum actuel des médecins, il y a le passage de la maturité, équivalent à un certificat B2. On se retrouve donc dans une situation où l'on demande une capacité linguistique plus élevée. Cela signifie que l'on va devoir demander aux médecins suisses d'aller prendre des cours de langues additionnels. Il demande si cela cadre avec les autres législations, notamment au niveau fédéral, sur le marché intérieur.

M. Romand précise que le Parlement est justement en train d'aller dans cette direction. Il observe que les Suisses allemands ont bel et bien cette pratique.

Qualité et contrôle de la pratique

Un député PLR demande si l'on a, avec cette loi, l'opportunité de renforcer le contrôle sur la qualité des médecins.

M. Romand relève que, si cela est vu sous l'angle de la pratique professionnelle, alors cela se fera sous l'angle de la LAMal. La seule chose qu'ils peuvent faire est de vérifier, lors de l'inscription dans le canton, que la personne a les bons diplômes, qu'elle a de bonnes mœurs professionnelles et non professionnelles et qu'elle a un certificat d'aptitude. Il précise que le diplôme d'un médecin issu de la communauté européenne est immédiatement valable en Suisse.

Le député PLR demande comment l'on peut alors renforcer les moyens pour contrôler la qualité de la pratique. Il demande s'il faudrait réintroduire une commission de professionnels de la santé pour superviser les situations complexes.

M^{me} Etienne ajoute qu'il y a une commission de surveillance qui se charge de régler les problèmes de mauvaises pratiques.

M. Romand souligne qu'ils viennent de gagner au TF sur le retrait du droit de pratique d'une personne qui n'était pas digne de confiance puisqu'elle avait déjà subi une pénalité dans un pays de la communauté européenne alors qu'elle ne l'avait sciemment pas annoncé. Il précise en outre que chaque institution a ensuite la responsabilité de la qualité de ses soins.

M. Bron relève que ce PL concerne aussi les pratiques complémentaires ; il rappelle qu'un PL avait par le passé proposé de supprimer la liste des pratiques complémentaires, ce qui avait alors été jugé inopportun par le Grand Conseil. Ils avaient alors retiré ce chapitre dans leur proposition de loi.

Il explique qu'il s'agit ici de refaire une proposition conduisant à maintenir l'annonce de tous ceux qui font des pratiques complémentaires à charge de la LAMal. Il observe par ailleurs que l'on ne peut agir, en dehors du code pénal, pour les praticiens qui ne sont pas professionnels de la santé. Il souligne qu'ils ont donc gardé l'obligation de s'annoncer pour les pratiques complémentaires à charge de la LAMal et la possibilité d'intervenir sur les autres.

M. Poggia rappelle que ce registre était utilisé à mauvais escient. Les personnes mentionnées dans ce registre de pratique complémentaire utilisaient le fait qu'ils s'annonçaient comme une caution de l'Etat. Il relève qu'il y avait beaucoup d'abus, car l'annonce à l'Etat donnait une certaine crédibilité à ces personnes qui n'étaient pas des professionnels de la santé et avaient parfois des pratiques inconnues. Il précise que M. Recordon avait quand même souligné, lors de son audition, qu'il fallait garder une possibilité d'intervenir, lorsque les autorités étaient alertées, raison pour laquelle ils ont maintenu la possibilité d'interrompre la pratique d'une personne, en tout cas le temps de mener une instruction. Il observe qu'il peut y avoir des incidences graves sur la santé des patients, en particulier si ces personnes incitent les patients à renoncer à d'autres traitements.

Un député S demande si, avec les pratiques complémentaires, l'on se trouve dans le champ des exorcistes, les pasteurs pratiquant des thérapies de conversion, etc.

M. Romand rappelle qu'il existe un registre des pratiques complémentaires et qu'il y a plus de 400 pratiques listées qui vont de l'hydrothérapie du colon au massage auriculaire en passant par toute sorte de pratiques répertoriées dans un catalogue officiellement tenu par une association privée basée à Berne. Il relève que le problème est que ces praticiens mettent souvent la lettre du médecin cantonal devant leur porte et disent qu'il s'agit d'une reconnaissance de leur formation par l'Etat alors que ce n'est pas du tout le cas. Il ajoute que ce qu'ils souhaitent est d'avoir la possibilité d'interdire une pratique, sur la base d'une mesure provisionnelle, en cas de plainte, ce qui permettrait donc de bloquer la situation, le temps d'y voir plus clair.

AMGe – ASI

M. Matter se pose une question sur les critères des médecines complémentaires et il souhaite une explication sur les pratiques complémentaires, c'est-à-dire des gens qui ne pratiquent pas une profession

de santé. S'il comprend bien, ces gens ont des patients, il se demande à quoi correspond leur statut.

M. Poggia indique que, concernant les pratiques complémentaires, on utilise la terminologie de patient. Les représentants des médecines complémentaires appuient le fait de garder un moyen de contrôle sur les pratiques qui peuvent avoir un effet sur la santé des patients. Il y a une volonté de maintenir des dispositions qui permettent le cas échéant de les interdire.

M. Matter ne comprend pas qu'ils soient rattachés à la notion de patients.

M. Bron indique que cela concerne aussi des médecins qui ont des pratiques complémentaires reconnues par la LAMal. Le terme de patient est donc assez générique.

Concernant la qualité, M. Matter indique que les associations professionnelles souhaiteraient être mises au courant des sanctions envers leurs membres.

M. Bron rappelle l'intérêt commun d'appréhender au mieux les informations sur des professionnels qui auraient des pratiques inadéquates. Aujourd'hui la LPMéd interdit de publier les sanctions, ce qui est handicapant.

M. Poggia rappelle que, quand on sanctionne un médecin, les associations professionnelles disent qu'il était depuis longtemps dans le collimateur. La profession sait quels sont ses membres qui sont problématiques. Quand il y a une sanction, les langues se délient.

Délégations à des professionnels et non-professionnels de la santé

Situation générale

M. Bron indique que le PL introduit la notion d'auxiliaire de santé, ce qui ouvre la possibilité de déléguer à des personnes qui ne sont pas des professionnels de santé certains actes qui sont l'apanage aujourd'hui de ces derniers. Il considère que l'on ne peut pas se contenter de dire que la loi interdit de déléguer certains actes. On entend prévoir une délégation à des professions énumérées dans le règlement (ASE,...) pour autant qu'il y ait un professionnel de santé qui soit clairement défini comme responsable de la délégation et pour autant qu'il y ait eu une formation complémentaire validée par le département dans un concept également validé par le département. Cela ouvre aussi la possibilité de délégation entre professionnels de la santé, avec un règlement plus catégorique pour le délimiter. Cela doit permettre de tendre vers une plus grande souplesse entre médecins et infirmiers et entre

infirmiers et ASSC puis, le cas échéant, entre ASSC et d'autres acteurs du terrain, sans toutefois qu'il y ait une quelconque dérogation à la responsabilité qui doit incomber à chaque professionnel.

M. Bron souligne qu'il y a aujourd'hui un enjeu très important pour formaliser les pratiques dans un certain nombre d'institutions et avoir une vraie réflexion sur ce que peuvent faire tels ou tels professionnels de la santé pour avoir une meilleure composition d'équipes, une meilleure économie et une plus grande responsabilisation d'un plus grand nombre de professionnels. Le projet prévoit la possibilité pour les infirmières de pratique avancée de recevoir des délégations d'actes médicaux.

M. Bron indique qu'ils ne veulent pas galvauder ce qu'est un professionnel de la santé, raison pour laquelle il ne faut pas qualifier de professionnel de la santé une personne qui ne l'est pas. Il ajoute que ce sont des référentiels de compétences nationaux et que Genève ne peut pas ajouter des éléments à sa guise. La cascade de délégation est déterminante.

Un député PLR aborde le principe de délégation cadrée et se demande dans quelle mesure la personne à qui l'on délègue pourrait refuser la délégation.

M. Poggia indique que, dans l'exercice de l'activité au sein d'une institution dans laquelle cette délégation fait partie du cahier des charges, par exemple de l'ASSC, la délégation est institutionnalisée. Il n'y a pas de possibilité de la refuser. Néanmoins il relève que, si un médecin demande à une infirmière à domicile de faire certains actes, sous réserve que l'institution de soins à domicile à laquelle est affiliée l'infirmière n'ait pas institutionnalisé la délégation, il y a la possibilité de refuser. Par ailleurs, il pense qu'il devrait y avoir, dans toutes les situations, la possibilité de refuser une délégation, si sa mise en œuvre venait à mettre en danger la vie du patient.

Une députée PDC relève qu'aujourd'hui, l'infirmière n'a aucune autonomie puisque, pour donner une douche, elle a besoin d'une prescription d'un médecin. Elle observe que cela est légiféré au niveau fédéral et comprend que le PL vise à élargir la délégation, mais qu'il n'y a néanmoins pas une reconnaissance de l'autonomie.

M. Poggia précise que la délégation implique quelqu'un qui délègue et un contrôle des compétences et de la formation de la personne à qui l'on délègue. Ce n'est pas de l'autonomie.

M. Romand explique que l'on doit comprendre ce projet de loi comme un ouvreuse de piste puisqu'il y a toute une série de pratiques qui ne peuvent être effectuées aujourd'hui, car elles ne sont pas remboursées lorsque déléguées ;

néanmoins la loi permettrait d'entrer en matière sur une négociation avec les assurances. Il ajoute qu'il faut bien sûr des compétences à la fois chez la personne qui délègue et chez celle à qui l'on délègue.

La députée PDC a l'impression que l'on ne sait pas encore quelle est exactement la place des infirmières exerçant des pratiques avancées. Elle se demande si le but est d'avoir des infirmières qui puissent par exemple adapter les dosages de l'insuline ou du coagulant en fonction d'une prise de sang, comme c'est le cas actuellement aux Etats-Unis et au Canada.

M. Romand lui répond que l'idée est en effet de donner la possibilité à la loi d'autoriser ce type d'actes dans le futur, moyennant un cadre. La loi actuelle l'interdit.

Un député PDC demande au département comment l'on peut déléguer des actes médicaux à un technicien en salle d'opération alors qu'il s'agit de quelqu'un qui n'a théoriquement pas accès au patient mais seulement aux machines. Il relève que le fait de déléguer la remise des médicaments en EMS par ailleurs lui fait souci. La commission sociale est allée dans l'autre sens dans ce débat pour les établissements pour personnes handicapées.

M. Poggia considère que cette délégation est déjà une réalité. Il relève que, dans les établissements pour personnes handicapées, ce ne sont actuellement pas des infirmières qui remettent les médicaments. Il précise qu'ils se rendent compte que des professionnels qui n'ont pas le titre pour effectuer certains actes en ont pourtant les compétences. Cela doit être formalisé, pour autant qu'il y ait un concept de délégation et une formation contrôlée. Le fait de revenir en arrière va être problématique, car c'est aussi une question de contrôle des coûts de la santé. Si l'on revient en arrière, les établissements pour personnes handicapées devront prévoir de nouveaux coûts pour engager des infirmières. Il vaut mieux encadrer les pratiques actuelles.

M. Bron estime que cela n'est pas contradictoire avec ce qui a été débattu en commission sociale puisqu'il y a en effet des besoins de formalisation du personnel de santé dans les établissements pour personnes handicapées, notamment par un concept de délégation. Il faut une modalité de contrôle qui soit vérifiable de manière à ce qu'il y ait des personnes responsables des délégations. Cette loi responsabilise mais utilise aussi les compétences qui sont déjà sur le terrain. Des expériences tout à fait probantes existent ailleurs en Suisse, notamment d'ASSC sous contrôle formel qui peuvent tout à fait administrer des médicaments. Ceci permet aux infirmiers de se concentrer sur d'autres choses. Cela permet donc d'encadrer le terrain sans laisser de zones grises.

M. Romand souligne qu'il existe déjà la profession de technicien de bloc opératoire qui se trouve dans un no man's land juridique, puisque ce ne sont pas des professionnels de la santé. La seule entité qui peut les surveiller en cas de plainte est actuellement le Ministère public. Son service a souvent été abordé par le monde du handicap, lequel a constaté que les éducateurs doivent faire énormément de gestes en lien avec la santé alors qu'ils ne sont pas assez formés pour les faire. S'il n'y a pas de délégation vers les non-professionnels de la santé, il va y avoir alors une diminution de la qualité de vie des personnes en institution, notamment au niveau des activités, par exemple les promenades ou les sorties, car ces dernières ne sont souvent encadrées que par des éducateurs.

Le député PDC comprend que l'on fait en réalité une loi pour consacrer ce qui existe maintenant, mais il se demande si ce qui se fait aujourd'hui est juste.

M. Romand lui répond que la question s'est posée et que la réponse est qu'il n'y a pas de problèmes particuliers liés à cette situation.

Un député PLR relève par ailleurs que celui qui délègue prend la responsabilité de la personne en connaissance de cause et donc que cela suppose qu'il y ait une chaîne organisationnelle. Il y a, dans le principe de délégation, des actes autonomes dans le champ de compétences. Il demande pourquoi le département a pris le problème par le biais de la délégation et pas par l'autonomie et l'acquisition de compétences. Il prend l'exemple des maîtres socioprofessionnels dans les ateliers protégés pour personnes en situation de handicap et se demande en quoi ce maître prend en charge un acte délégué, alors que la personne handicapée vit avec sa famille et que le médecin prescrit en fait à son patient. La seule personne qu'il aura pour prendre ses médicaments pendant son travail, c'est le maître socioprofessionnel. Cela rejoint la problématique des personnes qui vivent dans les immeubles semi-encadrés où il y a souvent des civilistes qui travaillent et qui doivent parfois donner un médicament à un résident, en l'absence d'une infirmière. Il ajoute que, dans ces maisons, il n'y a généralement pas de médecin traitant.

M. Romand souligne que la LS actuelle dit qu'un soin ne peut être délivré que par un professionnel de la santé. Il précise qu'ils bétonnent donc le système en spécifiant que l'établissement doit avoir un concept de délégation validé par le département.

Un député PLR précise que les proches aidants ne sont quant à eux pas dans l'illégalité lorsqu'ils donnent un médicament à un proche.

M. Romand ajoute que les proches aidants ne sont en effet pas des professionnels.

AMGe – ASI

M. Matter rappelle que ce qui leur est présenté n'est aucunement une révolution. Le principal aspect qui concerne l'AMGe est la notion fondamentale de responsabilité, autour de laquelle le travail doit être fait. Il y a la notion de faire une délégation, c'est-à-dire qu'on va de plus en plus loin dans qui peut faire quoi avec des cursus de gens qui ont une formation dans le domaine de la santé qui est moindre et des gens qui n'ont surtout pas été formés à la notion de responsabilité. C'est ce qui est le plus important selon lui. Par exemple, lorsque l'on parle d'auxiliaire, il demande s'ils devront avoir une responsabilité civile lorsqu'ils pratiquent certains actes.

M^{me} Simonet May a le même souci avec la délégation de responsabilité et demande également une clarification par rapport à la personne qui délègue une tâche, qui doit être clairement définie, mais qui n'est pas responsable de la personne si cette dernière ne respecte pas le cadre. De son point de vue associatif, la personne qui délègue un acte est responsable de s'assurer qu'elle peut le déléguer et que cette personne a les compétences. Les personnes ayant des cursus courts n'ont pas suffisamment de connaissances et de compétences par rapport à l'administration des médicaments, par exemple. Ce sont des gens qui ne sauront pas ce qu'ils vont distribuer. Elle ajoute que c'est la main qui donne qui se retrouve devant le procureur s'il y a un problème et elle s'inquiète de la sécurité des patients. Dans certains établissements, il n'y a pas de personnel infirmier et elle demande qui sera la personne responsable quand il y aura un problème. Elle rappelle que les ASE n'ont pas tous le même niveau d'apprentissage concernant les médicaments ni la même expérience. Elle se demande donc qui va les contrôler et comment ils seront contrôlés.

M^{me} Borrero ajoute, concernant l'art. 85 sur la pratique avancée, qu'il faudrait éclaircir une confusion. Il semble se référer à l'infirmière praticienne spécialisée qui est une infirmière de pratique avancée qui a fait un master en sciences infirmières. Ce concept donne naissance à plusieurs profils, dont l'infirmière spécialiste clinique par exemple. Dans ce texte, il est fait allusion à l'infirmière praticienne spécialisée qui est un profil qui n'existe pas encore à Genève parce qu'il n'y a pas le cadre légal. C'est une infirmière qui a une formation au niveau académique, mais son champ disciplinaire est élargi et elle va travailler dans le champ médical moyennant une formation. Elle aimerait que l'autorisation de pratiquer puisse être donnée à ces personnes avec un statut particulier. Ces personnes ne travaillent pas en simple

délégation. Elles sont loin du médecin, peuvent demander des examens, ajuster des traitements. C'est quelque chose qui existe depuis 40-50 ans dans d'autres pays. L'évolution des besoins aujourd'hui justifie l'apport de ces praticiennes spécialistes, étant donné la chronicité et l'avancée en âge de leurs patients.

Une députée PDC revient sur les propos de M^{me} Simonet May qui disait que la main qui donne est celle qui se retrouve devant le procureur. Elle indique qu'un ASSC peut tout faire en situation stable et connue, mais elle demande si c'est à l'infirmière de définir une telle situation et où elle s'arrête.

M^{me} Simonet May répond qu'une ASSC, parce qu'elle possède une formation CFC, est habilitée pour définir qu'à un moment donné elle est dans une situation complexe et qu'elle doit se référer à l'infirmière.

Un député PDC demande ce que pensent les associations de la prise en charge de personnes handicapées par des encadrants socio-éducatifs.

M^{me} Simonet May répond que c'est un risque pour ces personnes dans ces établissements de recevoir des soins avec des gens qui n'ont pas les compétences et la formation adéquate. La sécurité du patient reste leur priorité. Il y a des actes qui sont faits par des professions et qui ont été définis.

Un député S revient sur les enjeux des professions de la santé et sur la délimitation entre professionnels et non-professionnels de la santé. Il demande ce qu'il en est des centres hospitaliers qui se réfèrent par exemple à des coupeurs de feu ou d'autres professions désignées plus tôt comme « charlatans ». Il demande à M. Matter comment il considère le fait qu'un centre hospitalier ou un médecin fait appel à un coupeur de feu, par exemple.

M. Matter répond que la sécurité et la santé des gens prévalent. Il espère que les hôpitaux sont aptes à trier entre des professionnels et des charlatans. La loi est là pour la sécurité des Genevois et on doit rester dans un cadre de professionnels. Que des personnes aient des dons, certes, mais cela doit rester dans un cadre entre individus qui peuvent faire du bien.

Le député S dit qu'un médecin qui traite un patient pour un cancer peut lui dire d'appeler le coupeur de feu. Il demande si, pour M. Matter, le coupeur de feu est un professionnel de la santé puisqu'il est délégué par un médecin.

M. Matter répond qu'il faut une formation pour être appelé professionnel de la santé. C'est un métier. La définition de professionnel de la santé n'est pas celle-ci.

HUG, IMAD

M. Levrat accueille favorablement le PL qui correspond à l'évolution des pratiques souhaitée et à l'évolution des métiers à venir. Il voit l'avantage des pratiques avancées qui peuvent casser des silos au bénéfice des patients. Il remercie en outre l'audition conjointe entre l'IMAD et les HUG. Le texte tel que proposé paraît donner la garantie de la capacité d'être dans des cursus d'organisation et de formation, en tout cas pour une organisation comme les HUG, très structurée. Dans une organisation plus petite, il comprend que la législation nécessite un regard et une validation par la DGS. Cette anticipation correspond au vieillissement de la population et répond à son besoin.

M. Perrier indique que les médecins de l'institution sont demandeurs de nouveaux métiers et de nouvelles formes de délégation. Certains métiers sont plus difficilement compatibles avec une présence continue auprès des patients, notamment les chirurgiens, qui sont dès lors demandeurs. Des modèles intéressants existent à Winterthur, où des infirmières deviennent spécialisées en suivi postopératoire simple de patients sans complication. Cette délégation s'étend tant que le patient évolue comme prévu. S'il y a la moindre complication, le médecin qui reste le référent entre en jeu. Le quotidien des visites est assuré par des infirmières spécialisées. Les HUG vont se déplacer à Winterthur pour voir comment cela se passe. C'est un exemple de combinaison gagnant-gagnant pour les patients qui réduisent le nombre d'interlocuteurs, pour les soignants qui font ce type de formation, pour les médecins qui sont déchargés de gestes courants. D'autres exemples en ambulatoire existent dans un domaine où l'on parle beaucoup de la pénurie attendue de médecins généralistes. Des généralistes peuvent déléguer des suivis réguliers à des infirmiers et soignants spécialement formés. Les HUG sont très favorables à l'éclosion de ces nouvelles compétences, dans le cadre d'une formation adéquate avec la possibilité d'avoir un médecin qui peut intervenir si nécessaire.

M^{me} Da Roxa indique qu'en ce qui concerne l'IMAD, il est symbolique d'être auditionné en simultané avec les HUG, car il y a une cohérence au niveau des besoins et attentes. Le PL correspond à une évolution de la réalité du terrain. Le maintien à domicile simple devient rare. Nous avons de plus en plus une population vulnérable qui nécessite une approche plus interprofessionnelle, interinstitutionnelle et intracommunautaire. Il lui paraît important de pouvoir réfléchir sur les rôles et les responsabilités. Elle voit une opportunité de dépasser des silos et d'éviter ou d'anticiper les crises pour les gérer avec ordre et méthode.

Elle mentionne la délégation et la pratique avancée. Aujourd'hui, l'IMAD doit envoyer deux personnes différentes pour une aide à la vie quotidienne et pour, par exemple, mettre des bas de contention : une fois c'est une aide à domicile, une fois c'est une ASSC. Il n'est pas cohérent de voir deux collaborateurs en une journée. Un autre aspect est la question des pratiques avancées. Dans une logique de maintien à domicile, il est important de connaître les ressources de proximité. Pouvoir donner un levier d'émancipation dans une pratique avancée en collaboration avec les médecins fait sens, moyennant une clarification des rôles, une clarification des formations nécessaires, avec des accords de collaboration qui soient explicites.

M. Bazin indique que le système est gagnant. La question est comment mettre les acteurs ensemble en coordination autour du patient. Les pratiques avancées vont aider dans l'efficacité du système et améliorer la prise en charge des patients. Ce qui ressort le plus est l'agilité, la souplesse et l'efficacité du système. On optimise les ressources en les mettant en réseau.

Un député S demande s'il y a un risque de sous-traitance, de délégation vers moins de médecins au chevet du patient, une baisse de la qualité de la médecine et de l'accompagnement à domicile.

M. Perrier pense qu'il a toujours un risque lors de l'évolution d'une pratique et de la délégation des rôles et responsabilités à un corps de métiers, mais il est optimiste sur le fait que cela peut se faire dans d'excellentes conditions. La notion d'équipe est importante. La prise en charge se fait toujours en équipe. La cohésion d'une équipe où les rôles et responsabilités sont justement distribués assure la qualité des soins. Il est exclu d'imaginer un système où le chirurgien devient un technicien de bloc opératoire qui opère les malades sans les suivre. Les patients disent déjà qu'ils ont peu de temps à leur consacrer. Collaborer avec des soignants qui ont de nouvelles compétences et qui, sous leur supervision, vont accomplir certaines tâches dégagera du temps pour le patient. Tout le monde y gagne et la qualité augmente. Le PL introduit deux nouveaux éléments :

- 1) Les pratiques avancées. Ce qui les distingue des pratiques par délégation est que ce sont des soignants qui ont une pratique autonome. Ils font bien sûr partie d'un réseau, mais ils peuvent prendre des décisions avec davantage d'autonomie.
- 2) La possibilité de confier des tâches à des auxiliaires de santé qui ne sont pas considérées par la loi comme des auxiliaires de soins. Dans le domaine des personnes en situation de handicap par exemple, les personnes qui les encadrent sont des éducateurs et assistants

socio-éducatifs, qui dispensent des soins sans cadre. S'ils reçoivent la formation adéquate, il est tout à fait logique que ces personnes s'occupent de ces gestes quotidiens, ce que la nouvelle loi permettrait de le faire en toute transparence.

M. Levrat pense que ce PL cadre le fait que des praticiens avancés peuvent agir de manière autonome. Il insiste que ce n'est pas pour économiser de l'argent qu'il soutient ce projet, mais parce que cela fait sens pour le patient.

M^{me} Da Roxa ajoute que ce n'est pas un PL qui sert à pallier la pénurie de professionnels de santé mais qui permet une répartition des rôles, les clarifie et permet à chacun d'avoir un périmètre de responsabilité qui fait sens pour le patient, pour l'efficacité du réseau et pour le collaborateur. L'enjeu est d'éviter de se retrouver dans les limites de la légalité avec des zones grises préjudiciables. Aujourd'hui, la délégation des infirmières sur les ASSC est autorisée sur un périmètre contrôlé. Reclarifier les rôles n'a pas été une mince affaire. Ce sont des milliers d'heures aujourd'hui déléguées en toute transparence et à l'avantage du patient. Sur les pratiques avancées, un des éléments clés à domicile est la gestion de la douleur. Cela signifie être en coordination avec le médecin et le pharmacien. Aujourd'hui pour modifier le dosage d'un gramme ou demi-gramme, l'infirmière a besoin de l'autorisation écrite du médecin. On voit bien qu'on atteint une limite du système.

Un député S revient sur la question de la formation, ou plutôt de l'assurance que ces gens sont formés, suivis et qu'ils n'iront pas au-delà de ce pour quoi ils ont été formés.

M^{me} Da Roxa indique que c'est leur engagement, en collaboration permanente avec la DGS de s'assurer de la logique des itinéraires. In fine 1 personne sur 2 de plus de 90 ans est suivie à domicile. Il faut se mettre en condition de réussite pour les patients, les collaborateurs et le système de santé.

Une députée EAG demande ce qu'ils pensent de l'hypothèse que ce mouvement des périmètres des métiers va impliquer des transferts de charge d'un métier à l'autre et une modification de la posture professionnelle. Le fait qu'il y ait une revalorisation d'un métier par l'apport de nouvelles tâches amène les professions à déconsidérer certaines tâches. Il y a donc déplacement des priorités, ce qui n'est pas forcément dans l'intérêt des usagers. Concernant le répertoire des tâches à déléguer, elle demande qui va décider. On pourrait craindre que certaines fonctions se délestent de tâches moins intéressantes à leurs yeux, ce qui mettrait en question la polyvalence

des tâches des métiers en question et amener une forme de déshumanisation avec une concentration de certaines tâches.

M. Perrier indique qu'il n'est pas question de perte de contact entre médecins et patients. Il donne l'exemple de la transplantation : récemment, les équipes de transplantation ont demandé de donner la possibilité aux infirmières de se former pour le suivi des patients et d'étendre la délégation jusqu'à l'adaptation de la posologie des immunosuppresseurs. Il y a eu une demande des médecins à la direction médicale et à la direction des soins. Il y a des directives détaillées pour obtenir cette délégation nouvelle en termes de rôles et de formation, et cela fonctionne.

Une députée EAG demande si les tâches déléguées le seront de cas en cas ou si la délégation serait systématiquement.

M. Levrat répond qu'une procédure de délégation fixe doit exister. Là où il y a le moins de risques, c'est dans des structures comme les HUG, de par le volume et leur organisation. Pour mieux répondre aux besoins des patients, des modèles existent et permettent la délégation de tâches dans un esprit d'équipe. La directrice des soins a été associée à la préparation de cette audition et est demanderesse d'une évolution dans ce sens-là. Les risques sont plus grands si on fige le système que si on le fait évoluer.

M^{me} Da Roxa indique qu'il faut être dans l'explicite et qu'on ne peut pas faire du cas par cas. Il y a un soutien avec le service des pratiques professionnelles pour accompagner des logiques de qualité. Elle estime que la posture professionnelle est une excellente question. Mais nous restons dans des logiques d'équipe, de binôme et de collaboration fluide.

M. Perrier ajoute qu'il y a plusieurs manières de contrôler. Les prestations objectives font état d'un suivi de qualité. Les résultats de type subjectifs, soit la satisfaction des patients, sont également recueillis.

Un député S dit avoir entendu les intervenants mentionner une vingtaine d'erreurs médicales par an en hausse constante. Il est tombé sur une enquête d'Olivier Peters qui montre qu'il y aurait 1200 morts dans les hôpitaux suisses et que la moitié de ces 1200 décès pourraient être évités. L'accent était mis sur le fait que plus il y a d'intervenants, plus les patients sont âgés, plus la situation est complexe et plus on va vers un risque d'événements indésirables et évitables. Il demande qui assure le suivi, s'il n'y a pas un risque de par la multiplication des intervenants. Il demande de confirmer les 1200 décès par an et demande si ce PL pourrait faire baisser ce chiffre.

M. Perrier dit qu'il ne pense pas que le PL ait un effet sur les erreurs médicales, mais il met en lumière des questions de fonctionnement cruciales pour les éviter et les réduire. Ce qui aujourd'hui réduit les erreurs, c'est la

bonne coordination et l'intégration des soins entre les professionnels. Quand les procédures sont claires et que les professionnels se parlent, la vie dans une unité de soins est faite des interactions quotidiennes entre médecins et soignants autour du patient. Les erreurs les plus fréquentes dans un hôpital sont dues aux médicaments. Le but est que le bon médicament soit prescrit et qu'il arrive au bon patient. On travaille à cela par la formation et la collaboration.

M^{me} Da Roxa dit qu'ils souffrent d'un tournus des intervenants lié au silotage des cahiers des charges. Davantage de fluidité et de cohérence sur la prise en charge amèneraient davantage de satisfaction pour le patient. Ce serait plus cohérent pour le collaborateur et le système de santé. Il faut des personnes porteuses de la cohérence pour la qualité de la prise en charge du patient, qui puissent faire le lien entre les différentes professions de la santé et les ressources de proximité.

Un député S demande à ce qu'ils reviennent sur le lien entre l'intérêt que revêt la délégation et le fait de recourir à des infirmières formées en pratique avancée ainsi que la pénurie de médecins généralistes.

M. Perrier dit qu'aucune pénurie n'existe pour l'instant. Même s'il n'y avait pas de pénurie, le modèle de la collaboration interprofessionnelle a été montré dans d'autres systèmes comme source de satisfaction pour les patients et les soignants sans que cela diminue la satisfaction des médecins. La pénurie n'est pas la raison de mettre en place ce type de collaboration.

Une députée PDC demande si elle comprend bien que, pour les auditionnés, le fait que les limites de chaque profession puissent être moins rigides permet de réduire le nombre d'intervenants et qu'ils ont déjà des procédures de délégation au sein de leurs institutions respectives, typiquement ce qui a été mis en place dans le service des transplantations. Elle demande ce que les auditionnés pensent de la proposition que la DGS valide la procédure de délégation mise en place au sein des institutions, en termes de faisabilité.

M. Levrat dit qu'il y a un excellent dialogue entre la DGS et les institutions publiques. Il pense que la question se pose plus sur d'autres structures de santé pour lesquelles il y aurait un souci de cohérence. Le principe qu'il y ait un gardien de la cohérence cantonale en la DGS fait sens.

M. Perrier dit que le terme important est celui de la procédure. Une fois que le cadre est mis, il pense que c'est une perte de temps que chaque délégation individuelle soit vérifiée par la DGS.

Une députée EAG indique que, dans le cadre d'un transfert de compétences, il faut que la fonction qui reçoit la nouvelle compétence

présente la disponibilité pour le faire. On entend aujourd'hui beaucoup parler de surcharge de travail. Elle demande s'il est matériellement possible de procéder à ces transferts de compétences sans que cela aboutisse à une forme d'accélération des cadences pour les métiers qui vont recevoir ces nouvelles tâches.

M. Levrat dit qu'aux urgences pédiatriques de nuit, les infirmières lui ont signalé qu'elles étaient surchargées, car les ASSC présentes ne pouvaient poser une voie veineuse. Comme il n'y a pas de délégation de compétence et de formation adéquate, tout le travail se reporte sur elles. Ce PL ne sert ni à régler ni à aggraver la question des ressources à laquelle ils sont sensibles.

M^{me} Da Roxa indique qu'au moment où 1 collaborateur ou 2 sont envoyés à domicile, la question du temps de déplacement entre en jeu.

FEGEMS, AGEMS, EMS

M. Guinchard dit avoir déjà été approché par rapport à cette modification de loi. L'art. 34 al. 3 de la loi actuelle ne correspond plus aux besoins réels du terrain. Pour l'AGEMS, c'est une bonne mise à niveau et une modification salubre.

M^{me} Repond s'associe à ce que M. Guinchard a dit, et indique que ce projet de loi est soutenu par l'AGEMS.

M^{me} Hirsch va tenter d'expliquer ce que représente ce PL dans le travail qui est le sien. Dans un EMS se trouve toujours une infirmière. Les responsabilités d'une infirmière et celles d'une ASSC ou d'une aide-soignante dans l'acte de donner un médicament n'ont rien à voir. L'arrivée des ASSC et de leur propre responsabilisé n'a pas été simple à intégrer. Lorsqu'une infirmière donne un médicament, elle en connaît les spécificités (effets secondaires, dosage, molécules). Une ASSC qui donne un médicament en connaît les grandes lignes mais ne questionne pas sa pertinence. Elle n'est pas tenue de le remettre en question et de connaître les effets secondaires. On ne peut pas demander à une aide-soignante d'avoir la formation pharmacologique pour le faire. Un autre exemple est le pansement : l'infirmière doit questionner la pertinence du produit utilisé pour faire un pansement. L'ASSC peut changer le pansement mais pas changer le protocole. Il est vraiment extrêmement important de se rendre compte qu'on ne délègue pas la même responsabilité selon les compétences de la personne qui fournit les soins. La commission doit rester attentive à la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins. Nous avons déjà aujourd'hui différents noms pour différentes fonctions. Quand on recrute de l'autre côté de la frontière, d'autres formations peuvent exercer en EMS sous

la notion d'auxiliaire de soins qui est en principe du personnel non formé, sans autre titre. Il y a dans des EMS des étudiants en soin qui n'ont pour l'instant pas de titre mais qui sont admis comme auxiliaires de soins.

M. Janier souligne que l'administration médicamenteuse n'est pas une administration de stupéfiants. Il dispense un cours au service de formation des HUG qui s'adresse aux infirmières et ASSC sur la dispensation des médicaments et il y a autant de façons de pratiquer et d'organisations différentes qu'il y a d'EMS dans le canton. Cela pose des questions en termes d'uniformisation de la pratique. Parmi le personnel, on ne dissocie pas l'aide-soignante qualifiée de l'aide-soignante non qualifiée. Du point de vue opérationnel, la planification des personnels est compliquée, car il faut organiser une couverture de soins 24h/24, si on veut être dans les règles. Ceci est très compliqué.

Un député S dit qu'il lui a été rapporté qu'une personne âgée a fait une chute dans un EMS et que sa fracture du fémur n'a été diagnostiquée que 8 jours après. Il demande si le PL peut permettre à ce genre d'erreurs médicales de ne plus se reproduire.

M^{me} Hirsch répond qu'en principe une évaluation est faite par l'infirmière présente, mais elle a de la peine à penser que dans une structure avec plusieurs intervenants une telle fracture ne soit pas diagnostiquée. Elle pense que ce PL ne répondra pas du tout à cela. Le grand défi dans les EMS ce sont les troubles cognitifs qui nécessitent d'user de stratégies. Par exemple, on essaie de faire la dispensation de médicaments comme les patients le font à la maison.

M. Janier affirme que ce PL permettrait quand même de faciliter la dispensation et d'éviter des erreurs fréquentes.

Un député S demande s'ils peuvent évaluer l'effet anxiogène de la multiplication des intervenants auprès des patients. Il demande s'il n'y a pas le risque de diluer les figures d'autorités.

M. Janier répond qu'il y a là encore plusieurs cas de figure. Quand on parle de dispensation ou de délégation ordinaire, les familles s'adressent systématiquement à la figure d'autorité quand elles ont des questions. Il y a la compliance réelle du résident qui est un autre facteur. Les études montrent qu'il y a entre 40 et 60% de compliance médicamenteuse seulement.

M^{me} Hirsch précise que, quand les résidents arrivent en EMS, les médicaments font déjà partie de leur vie. Ce n'est pas quelque chose qui pour eux revêt autant de complexité que pour le personnel médical.

Une députée EAG souligne que M^{me} Hirsch a insisté sur la nécessité de délimiter la responsabilité déléguée de la remise du médicament. A partir du

moment où ces personnes feront l'objet d'une formation, elle demande s'il n'y aura pas une aspiration à faire un peu plus que la simple remise du médicament. On a vu des pratiques qui se sont mises en place pour pallier le manque de personnel : elle demande si on ne risque pas d'assister à des débordements.

M^{me} Hirsch répond qu'avec ou sans PL, ces débordements existent effectivement et qu'il est extrêmement important d'uniformiser les pratiques. On a tendance à dire que l'infirmière est responsable des résidents. Chacune est responsable de son travail. Il faut extrêmement bien cadrer. On se trouve aujourd'hui sur une zone grise pas très bien limitée.

MEPAG'S

M. Gillabert indique que le MEPAG'S soutient le PL avec interrogation. Ils sont conscients qu'il faut déléguer les soins infirmiers, mais ont un doute sur la qualité des soins, en particulier en ce qui concerne les médicaments, si la délégation est faite à des aides-soignants sans les qualifier. Dans les EMS comme dans d'autres établissements, il y a des auxiliaires de santé, des aidants en soin et accompagnement et les anciennes aides-soignantes formées par la CRG. Ils ne remettent pas en question le fait que pour les ASSC ou les ASE, la dispensation des médicaments soit faite sous délégation, mais il pense qu'il pourrait exister un danger dans la dispensation des médicaments si les connaissances de base ne sont pas acquises. Il est persuadé que beaucoup d'auxiliaires de santé sont excellents, mais ce n'est pas la majorité.

Pour pouvoir répondre aux besoins des résidents d'EMS, le MEPAG'S propose de faire une mise à jour sur la dispensation des médicaments. Dans un cas simple si on donne un ou deux médicaments à délivrer à un ou deux résidents et que la personne n'a pas l'habitude de faire une seule tâche, il peut y avoir des confusions. Il rappelle que l'infirmière prépare les médicaments, vérifie la dose et délègue la dernière étape qui est la dispensation. Pour cette dernière étape, le MEPAG'S préconise une formation minimale pour les auxiliaires de santé. Il aimerait aussi défendre qu'il ne faudrait pas que cette révision de la loi cache le fait de ne pas avoir d'infirmier pour déléguer la dispensation. Leur crainte est qu'il y ait des dérives, qu'il n'y ait plus d'infirmiers sur place, la nuit par exemple. En résumé, le MEPAG soutient le PL, mais a une inquiétude sur l'étape de la dispensation des médicaments.

Un député PLR questionne l'égalité de traitement du point de vue médical entre quelqu'un qui, avec la même problématique, pourrait être soit à la maison, soit en EMS. La même situation sera gérée complètement différemment à domicile et en EMS. Il demande ce qui fait la différence entre

la situation d'une personne à domicile, qui ne bénéficiera pas d'un suivi infirmier, et la situation en EMS avec la responsabilité médicale.

M. Gillabert dit qu'il y a un fonctionnement institutionnel dans lequel il y a des règles à respecter. Le médecin doit garantir des soins adaptés avec l'évaluation infirmière en rapport à la dispensation de médicaments. On ne peut pas comparer les fonctionnements à domicile et en institution. Si le résident vient en EMS, c'est justement parce que le fonctionnement à domicile est dépassé, notamment du point de vue de la dispensation des médicaments.

Un député PDC dit avoir compris en l'entendant que, pour des motifs économiques, on pousse au développement des auxiliaires de santé en diminuant les cadres qui sont au-dessus.

M. Gillabert répond que c'est une interprétation. Le MEPAG'S voit d'un très bon œil le fait qu'il y ait moins d'infirmières en EMS, qu'il y ait plus de personnel formé tel que des ASSC, avec une formation de dispensation de médicaments. Ils sont conscients que cela a un coût et on ne peut pas demander aux infirmières d'aller jusqu'à la dispensation de tous les médicaments.

Un député PDC demande si les EMS n'ont pas déjà un cadre particulier et bien codifié. L'auxiliaire n'est pas un nouveau métier mais une compétence qui sera ajoutée à des métiers existants.

M. Gillabert pense qu'il est indispensable que, jour et nuit, il y ait une évaluation de l'état clinique des patients, et c'est une compétence infirmière. Il faut au moins une infirmière dans un EMS jour et nuit.

Une députée EAG demande une clarification. Le MEPAG'S dit être favorable à la diminution du nombre d'infirmières dans les EMS. Elle demande si c'est parce qu'on ne peut plus les payer ou parce que ça n'est plus nécessaire.

M. Gillabert espère qu'il sera toujours possible de payer un infirmier ou une infirmière par EMS. Effectivement, beaucoup de soins, dont la dispensation des médicaments, ne requièrent pas le geste de l'infirmière mais seulement son contrôle, son analyse et sa délégation. Le médecin est un prescripteur. L'infirmière peut remettre en cause le choix du médicament.

Une députée PDC indique comprendre dans les propos de M. Gillabert que l'on va pouvoir déléguer aux auxiliaires de soins. Il y aura ainsi moins besoin d'infirmières tout en maintenant une pour, par exemple, prendre en charge la chute d'un résident. Elle lui demande s'il ne pense pas plutôt que, dans un EMS où on a tendance à penser que les prises en charge sont simples alors qu'au contraire elles sont complexes, on va optimiser les compétences

des infirmières en les utilisant à meilleur escient en ayant cette nouvelle répartition. Elle demande également ce qu'il pense de l'implémentation des pratiques avancées dans les établissements de soins, notamment en termes d'ajustement de traitement, par exemple le diabète.

M. Gillabert répond qu'il n'a pas dit qu'il ne fallait pas d'infirmières. Il n'est simplement pas possible pour des raisons de coûts et de compétences de n'avoir que des infirmières ou plus d'infirmières que d'aides-soignantes. Le métier d'infirmier est indispensable. C'est un maillon important. Il répond au sujet des pratiques de soins avancées qu'elles sont profitables aux résidents. Il y aura une délégation de compétences médicales. Les pratiques avancées signifient que, dans les cas de maladies chroniques complexes, les infirmières peuvent prendre des décisions et donner des médicaments sans avis médical si un protocole est suivi.

Une députée PLR demande s'il a le sentiment qu'il y a une demande pour plus d'autonomie et davantage des responsabilités.

M. Gillabert répond qu'en ce qui concerne les auxiliaires de santé, la plupart d'entre elles ont peur de donner des médicaments et d'assumer une erreur de dispensation. Mais avec une formation minimale, elles seraient d'accord de le faire. C'est une question de responsabilité et de formation complémentaire.

Un député PLR demande si une infirmière peut contester ou vérifier une erreur de médicament. Il demande comment se résout un cas de contestation.

M. Gillabert répond que l'infirmière vérifie, et elle peut contester si elle s'aperçoit que le médecin prescrit trois fois la dose habituelle ou s'il n'a pas pris en compte une allergie, par exemple. Il n'y a pas de conflit. Il s'agit de coordination et le médecin peut tout à fait reconnaître son erreur.

M. Poggia dit avoir été surpris par l'expression de deux craintes. La première est de dire que si un professionnel de la santé se voit déléguer des tâches, il faut qu'il dispose d'une formation. La deuxième crainte est que le professionnel de la santé à qui on délègue des tâches doit pouvoir faire appel au personnel délégant, si nécessaire. Pour le représentant des MEPAG's, il semblerait logique qu'il appartienne précisément aux médecins de s'assurer que ces craintes soient écartées, soit que la formation soit donnée, qu'il n'y ait pas une délégation générale et que l'on ne nécessite plus de faire appel au délégant. Il lui demande s'il est rassuré par la formulation de l'amendement à l'art. 85, al. 3 : « Il [le professionnel de la santé] peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins, si celui-ci possède la formation et les compétences pour fournir ces soins. » Il indique que l'al. 5 précise que « lorsque les soins exigés par l'état de santé du patient excèdent

ses compétences, le professionnel de la santé est tenu de s'adjoindre le concours d'un autre professionnel habilité à fournir ces soins, ou d'adresser le patient à un professionnel compétent ».

M. Gillibert répond que ces formulations sont tout à fait rassurantes.

Institutions pour personnes en situation de handicap

INSOS, AGOEER

M. Laederach indique qu'il est à plusieurs titres intéressé d'échanger avec la commission sur le PL 12423. Il rappelle dans un premier temps qu'INSOS Genève regroupe 21 organisations actives dans le domaine du handicap, soit les établissements pour personnes handicapées (EPH), incluant des organisations actives dans l'accompagnement, le logement et les loisirs pour personnes en situation de handicap. Elle représente les intérêts de ses membres auprès du politique permettant de favoriser la compréhension et la diversité des prestations et l'évolution des besoins en matière de santé. C'est une plateforme d'échange, un relais de préoccupations. Elle organise des conférences, par exemple sur le financement des EPH.

M. Coucourde indique que l'AGOEER existe depuis plus de 50 ans. C'est la faîtière de l'enseignement spécialisé. Plusieurs institutions sont à cheval sur l'accompagnement des enfants, des adolescents et des adultes. L'AGOEER a douze membres aussi dans le domaine du handicap ou des institutions actives dans le domaine des addictions.

M. Laederach indique que les questions de santé touchent les organisations membres de l'AGOEER et d'INSOS. Ce ne sont pas des institutions de santé, mais leur mission première est socioéducative, avec des accompagnements qui doivent évoluer dans leur compétence. C'est le cas chez les jeunes et adultes. Ils se trouvent face à des situations de santé compliquées sans toujours avoir le personnel soignant à disposition. C'est là où la préoccupation quant à l'évolution des besoins et des moyens à disposition a amené les deux faîtières à se préoccuper de la thématique, et ce depuis 2017. Ils ont pris des contacts avec la DCS et la DGS, avec M. Bron ici présent, contacts qui ont toujours été positifs avec cette reconnaissance que la disposition initiale selon laquelle la délégation ne pouvait se faire qu'à un professionnel de la santé était trop restrictive et n'était plus en phase avec les besoins rencontrés dans le terrain. Les modifications proposées par ce PL, en particulier l'art. 85, vont dans la bonne direction et devraient permettre de clarifier les rôles et responsabilités des institutions. En effet, la délégation des soins à des personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé devrait être possible. Il dit être préoccupé de ce qui se passera au niveau du

règlement d'application, notamment de la précision de la notion d'auxiliaire de soins. S'ils sont pour élargir le champ des délégations à des professionnels au-delà de leur formation, l'intitulé « auxiliaire de soins » ne devrait pas être compris comme une fonction, mais comme un attribut qui pourrait se retrouver derrière d'autres fonctions qui devraient être élargies par rapport au règlement actuellement en vigueur.

M. Coucourde indique que, dans le domaine du handicap, les équipes sont constituées d'éducateurs spécialisés formés pour l'accompagnement de personnes en situation de handicap, mais qui sont confrontés à des problématiques de santé plus ou moins aiguës en fonction des typologies de handicap. Les institutions qu'ils représentent ne sont pas équipées d'infirmiers ou d'ASSC. Concrètement, ce sont les éducateurs qui portent le projet d'accompagnement et les actes médicaux délégués qui sont leurs préoccupations principales. Ce sont des éducateurs spécialisés qui administrent des médicaments pour des raisons liées à la proximité. L'idée de faire intervenir du personnel soignant peut constituer une rupture. La continuité de l'accompagnement se fait dans une logique familiale, se mettant ainsi en contradiction avec l'arsenal légal. L'idée de créer la notion d'auxiliaire de soins qui peut faire des actes délégués définit leur sief, car elle leur permet de clarifier une partie de zones grises qui sont problématiques.

En effet, attribuer un rôle à un collaborateur qui est en contradiction avec le périmètre légal est problématique et l'orientation de la notion d'auxiliaire de soins est souhaitable. Plusieurs questions se posent autour de cette notion d'auxiliaire de soins, au niveau du règlement d'application. Il est fondamental pour eux que ce ne soit pas une fonction nouvelle mais une responsabilité moyennant une formation donnée à des collaborateurs qui délèguent déjà des soins, soit les éducateurs spécialisés. Il ne s'agit donc pas d'ajouter une complexité à leurs organisations mais de faire en sorte de reconnaître un statut spécifique à des personnes par le biais d'une formation. Le deuxième élément est de savoir qui peut être auxiliaire de soins. Au niveau des EPH qui sont gérés par le DCS se pose la question du périmètre, et de quelles fonctions peuvent devenir auxiliaires de soins. Ils sont favorables à une approche similaire à celle mise en place dans le canton de Vaud où une matrice liste tous les soins délégués possibles, soit quelle fonction peut ou ne peut pas déléguer quels soins. Beaucoup d'institutions ont adopté cette matrice, faute de mieux, pour avoir un référentiel qui permette de clarifier les pratiques et de rassurer les professionnels.

Il se pose aussi la question du périmètre en lien avec les écoles privées subventionnées et foyers pour enfants et adolescents qui constituent le gros

des membres qu'il représente. La question de l'accès aux soins se pose, plus régie par le DIP. La difficulté est d'avoir accès à des professionnels de soins qui ne sont pas sur place et de recourir aux entités publiques qui agissent dans ce domaine-là et qui sont affiliées au DIP. Il se demande si le périmètre défini dans le PL concerne aussi les écoles et foyers à caractère éducatif pour des jeunes à besoins particuliers et si on peut imaginer la création d'auxiliaires de soins dans ces différents lieux sachant que, par opposition à la plupart des EPH, la présence de soignants est moindre que dans les dispositifs adultes.

M. Laederach conclut avec la question de la formation. Ils sont favorables à l'élargissement des fonctions, mais il est important que les professionnels concernés aient une formation ciblée. Une convention existe avec la HES par le biais de laquelle ils ont mis en place une formation d'administration et de connaissance des médicaments. Elle se passe sur une journée plusieurs fois par année et ils sont environ 100 collaborateurs par année qui ont été formés par cette convention. C'est une réponse pragmatique trouvée sur des coûts qui sont à la charge des établissements et qui restent moindres par rapport à ce qui serait une conséquence d'avoir des professionnels qui s'ajouteraient dans leurs établissements.

Un député PLR indique que sa première question touche à l'ambiguïté qui risque d'advenir entre lieux de vie, lieux de soins et lieux d'instruction. Il demande s'ils considèrent qu'il est nécessaire de rester des lieux de vie et d'instruction ou si le passage vers des lieux plus médicalisés pourrait leur convenir. Il demande deuxièmement si, s'agissant des questions de délégations de compétences, ils pensent qu'il est suffisant d'en rester là ou s'ils envisagent d'aller plus loin pour passer sur le versant des établissements médico-sociaux, par analogie aux EMS, et de les doter d'une responsabilité médicale pour des échelons de délégation. Il demande ensuite, plutôt que de déléguer des actes à du personnel non infirmier, pourquoi ils n'engagent pas plus d'infirmières. La problématique de la carence du personnel infirmier sur le marché du travail se pose peut-être ici. Sa quatrième question est liée au processus de délégation tel que prévu dans le PL qui dit que la délégation de responsabilité pourrait conduire à une augmentation salariale liée à la prise de responsabilité. Il demande s'ils ont envisagé cela ou s'ils considèrent qu'il n'y aurait pas de changement fondamental des cahiers des charges. Sa dernière question porte sur la portée de la formation liée à l'acceptation d'une tâche de délégation. Il demande s'ils se satisferaient d'une délégation « maison », ou s'ils soutiendraient plutôt des formations à grande validité externe.

M. Laederach répond que, sur la question de l'ambiguïté, le député a raison. Ils sont tous face à un grand défi. La convention des droits des personnes handicapées à l'art. 19 indique que la personne en situation de handicap citoyenne a le droit et la liberté de choisir son lieu d'habitat, résidentiel et d'occupation. Cela indique que le modèle institutionnel d'aujourd'hui est mis à mal dans la perspective des prochaines décennies. Par élargissement, il est convaincu qu'il en sera de même pour les EMS. On se trouve dans un changement de paradigme des réponses à offrir aux personnes handicapées et vieillissantes. Il faut faire preuve d'agilité et de souplesse dans leur organisation, il préconise de garder une logique de lieu de vie et d'apporter à proximité des prestations ciblées, notamment dans le domaine de la santé. Il pense que Genève tente de s'ouvrir aux changements.

M. Coucourde rappelle que le handicap n'est pas une maladie, un handicap peut être environnemental ou contextuel, c'est un paradigme inverse à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Bien sûr que, pour le vieillissement et les pathologies spécifiques, des institutions sont confrontées à des pratiques de soins. De la même façon, l'école spécialisée est un lieu de transfert de connaissances et, dans ce contexte, il y a des problématiques de santé. Un enfant diabétique par exemple a besoin d'un accompagnement par des enseignants par forcément formés à sa problématique. L'idée de s'orienter vers une logique d'EMS est contradictoire avec les orientations internationales et nationales, y compris la convention des droits des personnes handicapées. Il ne faut pas oublier qu'une personne en situation de handicap ne va pas passer 3 ans dans le contexte institutionnel, mais elle est susceptible d'en passer 60, 70 ou 80 ans. C'est cela qu'il faut affronter, en offrant une alternative moins institutionnelle. La continuité de l'accompagnement d'une personne en situation de handicap, surtout lors de troubles du spectre autistique ou du comportement envahissants, est importante. La personne accompagnante qui a le rôle éducatif vient du domaine éducatif, mais doit connaître les questions de soins. Faire l'inverse, partir sur une logique d'accompagnement infirmier, c'est aller à l'inverse de la logique, soit médicaliser le dispositif alors qu'il doit l'être avec toute la prudence possible pour laisser une marge d'autonomie.

M. Laederach indique que la délégation aux infirmiers pose la question du coût et que, effectivement, il y a la problématique de la carence. S'ils allaient dans ce sens-là, ils voient difficilement le Grand Conseil allouer les fonds nécessaires à ajouter au dispositif des professionnels de soins. Il faudrait remplacer du personnel éducatif par des professionnels de santé. Au-delà de l'onde de choc que ça produirait à Genève, c'est la question des missions qui

se pose. La question des responsabilités et de la reconnaissance de la responsabilité est fondamentale. En effet, attribuer une responsabilité comme celle-ci amènerait une reconnaissance salariale. Il s'interroge sur ce qui est entendu par responsabilité ; il demande si c'est une responsabilité plus importante que celle aujourd'hui attribuée à un éducateur dans l'accompagnement d'une personne. A Genève, ils travaillent de plus en plus sur des modèles d'organisation qui remettent au centre du jeu la responsabilité du professionnel. Il s'agit de reconnaître son expertise et ses compétences afin d'apporter ce qu'il sait faire ; c'est là que se trouve la reconnaissance et il ne faut pas la mettre toujours sur une dimension salariale.

M. Coucourde indique, sur la question de la responsabilité, qu'il faut savoir qu'aujourd'hui on décrit la réalité d'éducateurs spécialisés qui ont dans leur cahier des charges la question de l'administration des médicaments. La question centrale pour lui est de reconnaître cette responsabilité du point de vue du droit et c'est l'opportunité que donne la création du rôle de l'auxiliaire de santé. Il pense que ce qui est important dans des contextes moins médicalisés est de distinguer ce qui est autorisé de ce qui ne l'est pas, et aujourd'hui ça ne fonctionne pas à ce niveau-là. Sa position sur la question de la rémunération est d'entériner la réalité. C'est un choix de société de valoriser des éléments de soins comme l'administration des médicaments dans les cahiers des charges et donc dans la rémunération des personnes. Il n'y est pas opposé, mais il ne s'agit pas d'opposer une responsabilité à une autre et il faut admettre l'idée qu'ils sont dans un champ du risque zéro inexistant. En ce qui concerne les formations et leur validité, leur orientation a été de se tourner vers la HES. Cela montre que leur intention est celle d'une logique faïtière à l'échelle cantonale et il pense qu'il faut aller plus loin. On peut penser dans ces cursus de formation initiale à la HES à intégrer des questions liées aux soins. L'exemple le plus flagrant est celui du polyhandicap qui en 20 ans a augmenté de 20 ans d'espérance de vie. Les places pour les personnes en situation de handicap doivent changer de nature dans leur dispositif et en même temps il faut penser aux questions des soins qui vont se prolonger dans le temps.

M. Laederach précise qu'il y a une complémentarité des dispositifs de formation. Ce qu'ils ont mis en place est d'accompagner les professionnels déjà formés et cela a pour vertu de faire des rapprochements d'échanges de bonnes pratiques, de favoriser la mobilité.

Un député PDC revient sur les tâches actuellement faites par ces auxiliaires de santé qui n'en sont pas encore. Il demande s'ils donnent des médicaments ou si d'autres tâches sont faites comme des soins de plaies.

M. Coucourde dit que la situation diffère d'une institution à l'autre. Dans certains cadres, les éducateurs n'interviennent pas. En outre, ce sont des personnes qui habitent chez elles dans un cadre institutionnel et dans 90% des cas, pour tous les soins importants, il y a des ASSC ou des infirmiers qui interviennent. Pour les questions en lien avec le quotidien, il est compliqué pour les institutions d'avoir un infirmier ou un ASSC présent toute la journée et qui peut intervenir ponctuellement pour l'administration des médicaments, c'est pour cela qu'ils ont monté la formation. Ils ont des éducateurs ou des ASE qui interviennent sur cette prestation-là.

Un député PDC fait un parallèle avec les personnes âgées qui souhaitent rester au maximum chez elles. Il demande si le même schéma que l'IMAD pourrait être mis en place pour les personnes handicapées. Il demande ce que ce PL amène de plus.

M. Coucourde dit que la pratique actuelle est interdite, donc le PL rend légal quelque chose qui ne l'est pas. L'auxiliaire de soins tel qu'il est prévu dans le PL n'existe pas. Si on se réfère à la loi, l'éducateur spécialisé n'est pas en droit d'administrer un médicament. La quantité de soins prodigués peut être variable. Quand il y a dans une organisation pour 50 résidents, 400 médicaments à administrer par jour, cela nécessite un dispositif d'infirmiers et d'ASSC, mais aussi des délégations internes pour des raisons organisationnelles et d'accompagnement de la personne, comme mentionné précédemment.

Un député PDC demande si, au regard du vieillissement de la population qui rend les tâches de santé plus complexes, il ne faudrait pas repenser leurs lieux comme pour les EMS et si le PL ne va rien changer à la problématique qui va se présenter.

M. Laederach répond qu'ils sont déjà pour régulariser une situation. Le médecin cantonal leur a souvent dit qu'ils exposaient leurs professionnels à des dimensions pénales. De l'autre côté, l'évolution de leur dispositif est essentielle. Aujourd'hui, les frontières entre socio-éducatif et santé ne sont pas perméables et les référentiels et les contraintes sont nombreuses. Il y a aujourd'hui une construction historique faite autour des EPH qui arrive à sa limite. Il estime que c'est tout le dispositif qui doit changer, et ils n'ont pas le choix, la convention des personnes handicapées l'indique clairement.

Un député S revient sur la question de la responsabilité légale et des pratiques interdites des éducateurs spécialisés et sur la convention sur le droit des handicapés appliquée en 2014, qui donne plus de pouvoir aux personnes handicapées. Il demande s'il y a déjà eu des problèmes à ce niveau-là et si ce PL serait une manière de protéger légalement les professionnels.

M. Coucourde indique qu'il y a tous les jours des erreurs dans les institutions, qui proviennent de toutes les catégories de professionnels de la santé. Le PL tel qu'il est construit aujourd'hui permet de rassurer les collaborateurs par rapport à leur intervention dans la journée de la personne en situation de handicap. Les familles sont aussi en attente de clarifications sur ces questions-là. Ils ont des familles, dont l'enfant devient adulte mais reste dans une institution comme à Clair-Bois, qui suivent l'accompagnement santé et soins en étant très présentes au début puis, pour des raisons mécaniques, la responsabilité des soins bascule progressivement vers l'institution. Le parent attend une forme de continuité pertinente et la position des familles est d'être en accompagnement de leurs équipes, mais ils ont quelques familles qui sont conscientes que le dispositif est limité aujourd'hui. L'opportunité du PL permet un environnement plus sécurisé et clair sur la question des délégations.

Formation et salaires

M. Romand relève que l'idée est que les personnes concernées acquièrent des formations transversales valides dans plusieurs établissements et que cela soit repris en cours d'emploi par les établissements, mais pas par les écoles aux cursus déjà très chargés.

Un député PLR demande qui va donner ces formations.

M. Bron précise qu'ils préfèrent valider des concepts de formation, plutôt que des formations à proprement parler. Il y a beaucoup de centres de formation à Genève et ils ne veulent pas avoir un mécanisme de validation abstraite des modules, mais plutôt une validation des concepts de formation.

Un député PLR comprend qu'il pourrait y avoir des différences selon les institutions.

M. Bron lui répond par l'affirmative.

M. Romand ajoute que cela se fera en outre en concertation avec les associations professionnelles pour être sûr que cela est mis en place en accord avec les bonnes pratiques professionnelles.

Un député EAG relève que l'article 85 al. 3 stipule : « Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins que si celui-ci possède la formation et les compétences pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins. » Il imagine donc que les enseignants ou les éducateurs n'y seront pas. Il ne pense pas que les enseignants recevront une formation et donc que les différentes professions auront en fait un intérêt à ne pas figurer dans cette liste.

M. Poggia comprend qu'il pourrait y avoir un incitatif à dire que l'on n'a pas besoin d'être formé car l'on n'est pas listé. Toutefois, il souligne que, si l'on n'est pas sur la liste, l'on ne peut pas bénéficier d'une délégation de la part d'un professionnel de la santé.

M. Bron ajoute que tout ce qui se passe dans le domaine privé ne concerne pas cette loi, mais que cette dernière a pour but de mieux définir ce qui se passe actuellement dans les zones grises.

Le député EAG pense qu'il y a une réflexion à avoir sur cette problématique, car les enseignants exigent souvent un avis médical pour pouvoir par exemple donner des médicaments.

Un député PDC relève que le Parlement fédéral a approuvé récemment un contre-projet à l'initiative sur les soins infirmiers qui va lister un certain nombre de gestes qui seront permis aux infirmières sans devoir demander la permission au médecin. Il se demande s'il y aura un impact de cette décision fédérale sur le PL.

M^{me} Etienne souligne que l'idée était avant tout de valider les formations pour voir quels types de gestes seraient ensuite permis et donc que cela peut avancer en parallèle du projet fédéral.

Un député PLR demande si, à chaque fois qu'une tâche est déléguée par une infirmière à une ASSC, l'ASSC pourrait souhaiter le même salaire que l'infirmière. Il pourrait ainsi y avoir un effet d'ascenseur des salaires, ce qui pourrait s'écarter de l'esprit de la loi.

M. Poggia estime qu'il s'agit en effet d'un risque, mais que le cahier des charges doit bien entendu préciser que, malgré la délégation de certains actes, l'on ne doit pas déléguer l'ensemble des actes de la profession délégante. Il observe que SCORE valorise les professions du domaine de la santé et il pense que l'on pourrait accompagner la possibilité de déléguer des tâches, étant entendu que ces délégations sont plutôt souhaitées par les différentes professions, puisqu'il s'agit d'une valorisation de leurs connaissances.

Une députée EAG estime qu'à partir du moment où il y a un transfert de compétences avec une responsabilité supplémentaire, il est alors légitime de prendre cela en compte dans la rétribution d'une fonction. Elle considère qu'il n'y a rien de polémique à cela.

Une députée PDC souligne que les infirmiers spécialisés travaillant par exemple aux urgences ont une formation de deux ans dans les services en plus et sont déjà plus rémunérés. Elle se demande si les infirmières de pratiques avancées seront considérées comme des infirmiers spécialisés.

M. Bron précise que ce n'est pas la loi qui détermine cela, mais que ce seront les institutions qui devront déployer ces nouvelles professions ou alors les nouveaux cahiers des charges, par rapport aux modalités que le département est en train de proposer. Il pense que l'on peut répondre dans les deux sens puisque les professions nouvellement formées parfois n'entraînaient pas de plus hautes rémunérations, car le cahier des charges ne voyait pas de changements majeurs, mais il ajoute que, dans d'autres cas, il peut y avoir en effet une augmentation salariale en fonction des nouvelles tâches à accomplir. Concernant les ASSC, il souligne que l'emploi des ASSC, avec des délégations plus vastes que ce qui se fait à Genève, existe dans d'autres cantons et que ce sont des facteurs d'efficience pour les institutions.

AMGe – ASI

Une députée PDC demande si aujourd'hui, en termes de formation post-graduée, une infirmière appelée « spécialiste clinique » est une infirmière qui a fait une formation spécialisée du type de celle que l'on retrouve aux HUG pour les soins intensifs, ou les urgences de terrain.

M^{me} Borrero répond qu'il existe un master en sciences infirmières. Il y a une formation universitaire qui donne deux profils professionnels : l'une est l'infirmière qui existe déjà et qui se spécialise dans un domaine et qui a en plus un master, l'autre est une infirmière praticienne spécialisée. Celle-ci nécessite une loi, parce que c'est un profil différent qui a des compétences, moyennant une formation, qui appartiennent aujourd'hui au domaine médical.

La députée PDC demande si son rôle est par exemple d'ajuster un traitement pour un patient diabétique jusqu'à une prescription d'anticoagulants.

M^{me} Borrero donne un exemple dans le champ de l'oncologie pédiatrique avec des enfants qui ont des leucémies. L'infirmière praticienne fait l'évaluation clinique du patient et décide de prescrire des examens. Elle est autonome dans un cadre bien établi ; en cas de complications, le médecin est appelé. L'avantage est que la famille et l'enfant ne voient qu'un seul visage et qu'il y a une relation de confiance dans des situations dramatiques. On ne disperse pas l'enfant qui a devant lui une personne qui détient des compétences aiguës dans un domaine.

M. Matter dit qu'il faut comprendre le haut niveau de professionnalisme et le fait de travailler ensemble. Il cite un exemple pour les apprentis dans le domaine des assistants médicaux. Ils ont toujours dit non au DIP pour former

des jeunes de moins de 18 ans. Ils essaient de suivre cette norme pour des questions de maturité, de responsabilité, de secret médical et de professionnalisme. Il estime qu'il faut avoir un certain âge.

Une députée PDC demande si pour les associations professionnelles l'alinéa du département qui parle de pratiques avancées ouvre la possibilité de mettre en place sur le canton ce type de formation.

M^{me} Borrero répond que c'est une formation universitaire qui existe déjà en Suisse, mais il faut que le cadre légal autorise l'exercice dans ce canton de ce profil professionnel. Il faudrait une autorisation de pratiquer particulière, surtout pour que département ait la garantie que ces personnes ont le niveau de compétences suffisant pour exercer ce profil. Ce serait une garantie pour l'état du professionnalisme de ces personnes.

La députée PDC demande si, au niveau des pratiques avancées, il existe une reconnaissance des assurances en Suisse comme prestataire de soins autonome qui n'agit pas sous délégation.

M^{me} Borrero répond que cela n'existe pas encore. Au niveau fédéral, lors des discussions de la loi sur la santé, elles n'ont pas pu entrer en matière sur ces profils.

La députée PDC dit que cela va poser un problème, car aujourd'hui les assurances ne reconnaissent pas ce rôle et les infirmières devront passer par quelqu'un pour facturer. On ne va donc pas jusqu'au bout de l'autonomie.

M^{me} Borrero répond que l'ASI travaille sur ce thème, mais tout n'est pas encore prêt. Ces personnes peuvent travailler en milieu hospitalier et pas forcément à leur compte.

Une députée PDC demande, si ce PL est voté, si les associations professionnelles seront en état d'encourager à déléguer les traitements, ou s'il ne faut pas d'abord régler le problème des infirmiers en pratique avancée.

M^{me} Simonet May répond qu'il y aura des problèmes de sécurité pour la vie des patients. Dans un procès, tout le monde sera auditionné. Il y a eu des actes invasifs qui ne doivent pas être faits de par des gens qui n'ont ni les compétences ni les connaissances de par leur parcours professionnel.

M^{me} Borrero répond que ça les inquiète effectivement.

M. Matter dit que ce qui compte est de protéger les patients et de faire ce pour quoi on a eu une formation. L'interprofessionnalité est l'élément clé entre professionnels de la santé. On pourrait avoir d'autres professions autour de la table. Il demande la définition des pratiques complémentaires des non-professionnels de la santé et qui ont des patients.

IMAD, HUG

Un député S revient sur l'intervention de M. Perrier sur les infirmières spécialisées sans master formées en pratique avancée. Il trouve contradictoire de citer le cas de Winterthur en exemple sans savoir exactement quel type de formation les professionnels en pratique avancée ont reçue. Il demande si les spécialistes qui ont des tâches d'enseignement et qui opèrent ont un contact réel avec les patients au-delà de l'acte médical pur. Il comprend les impératifs de gestion mais il demande si ce n'est pas important d'exiger des intervenants les plus qualifiés qu'ils soient plus en contact avec les patients. Il demande s'il n'y a pas un risque de péjoration du vécu des patients et d'erreurs médicales quand les praticiens les plus qualifiés sont déchargés du rapport quotidien avec les patients.

M. Perrier dit que dans leurs pratiques, vu le nombre d'interventions, d'intervenants et la complexité de l'organisation, on ne peut pas garantir que c'est le même chirurgien qui a vu le patient en préopératoire qui fera l'intervention chirurgicale. Le chirurgien aura à cœur de revoir le patient en postopératoire, mais ça ne veut pas dire qu'il doit le revoir deux fois par jour pour des contrôles. Il y a 150 ans en arrière, les médecins faisaient tous les contrôles des signes vitaux, ce serait aujourd'hui très étonnant dans un hôpital moderne. Les infirmières ont toute son admiration pour leur travail et leur compétence, elles ont 4 ans de formation HES. Elles sont capables d'effectuer de nombreux actes et sont parfois sous-utilisées. Il ne s'agit pas d'évacuer les médecins, mais de réaliser le meilleur suivi. Ils sont convaincus qu'il faut davantage de délégation aux soignants par les médecins, ce qui est nouveau en Suisse.

Un député S demande si, à Winterthur, les infirmières sont sans master et si elles ont une formation suffisamment solide pour être répliquée à Genève.

M. Perrier dit qu'il en jugera quand il se rendra sur place. Le chef de la chirurgie y est extrêmement satisfait. Il rappelle que les médecins ne sont pas la profession connue pour déléguer le plus facilement aux soignants et le fait qu'ils soient prêts à le faire est un signe que les compétences et les mentalités évoluent. Le combat a été pendant longtemps de faire accepter aux médecins qu'ils n'avaient pas à tout faire eux-mêmes.

Une députée S demande si, en parallèle de la volonté de délégation de compétences, il y a une volonté de revalorisation salariale de ces emplois qui évoluent.

M^{me} Da Roxa répond que c'est un vaste débat. La logique voudrait qu'ils aient une responsabilité organisationnelle pour trouver les meilleurs modèles. Cela fait sens quand il y a une montée en puissance de compétences

reconnues et certifiées. Il est par ailleurs nécessaire que ce soient des formations certifiantes. Si ces compétences sont mises en œuvre et qu'elles font partie d'un cahier des charges reconnu, elle imagine qu'il y aura un tel processus.

HEPS, HES-SO, CFPS, OrTra Santé-Social

M. Abbé-Decarroux indique qu'outre le fait que ce PL est une mise à jour qui intègre les dispositifs de la loi fédérale, c'est une loi qui intègre les évolutions sociétales comme le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, une nouvelle organisation des soins, l'émergence de nouvelles professions de la santé et des pénuries de certains professionnels. L'art. 85 en particulier permet une délégation à des professionnels de la santé et il pense que c'est une bonne chose. Ce PL s'adapte à l'évolution des systèmes de santé. L'art. 85 reste à un niveau général en ce qui concerne la délégation, le principe posé est que celui reçoit un acte délégué doit avoir la formation pour et la compétence nécessaire.

La loi reste dans un niveau méta, elle renvoie à un règlement, de sorte que toutes les professions de la santé pourront participer à cette délégation. Il souhaite ne pas rester dans un système trop figé. Il ne faut pas que tout soit régi dans un règlement mais que, en fonction des actes délégués, les différents professionnels puissent déléguer. Concernant l'al. 5 de l'art. 85 sur les pratiques avancées, qui dit que « l'Etat peut autoriser la formation en pratique avancée », il indique que la formation existe déjà. La HES-SO l'a ouverte il y a quelque temps, et il faudrait donc formuler que l'Etat autorise la pratique avancée et non pas la formation.

Il estime que la loi va dans le bon sens, mais que cet alinéa a été mis dans un article qui concerne la délégation ; or, la loi vaudoise va plus loin puisqu'elle reconnaît l'infirmier en pratique avancée pouvant faire un certain nombre d'actes. Ce n'est donc pas une délégation mais une reconnaissance d'une profession qui n'est pas nouvelle, c'est une évolution de la profession. Enfin, au sujet de l'art. 94 concernant les places de stage, il trouve que c'est une bonne chose que le canton veille à l'adéquation entre les places de stage et le besoin. C'est une formulation assez prudente et on pourrait aller plus loin afin que l'Etat s'assure que les places de stage répondent au besoin en formation. A une certaine période, la HES ne pouvait pas former plus, principalement car il n'y avait pas assez de places de stage.

M^{me} Kaiser précise, au niveau des formations en pratiques avancées, que l'autonomie peut se décliner de différentes manières en fonction des institutions. C'est bien de définir une certaine autonomie.

M. Schmied indique qu'OrTra Santé-Social est une organisation tripartite qui fournit de la formation en suivant les lois fédérale et cantonale sur la formation professionnelle. Elle gère depuis 2012 un centre de compétences qui offre des formations modulaires ainsi que les cours interentreprises. C'est une organisation de 20 personnes et 100 formateurs indépendants. En ce qui concerne le PL, ils sont concernés par l'aspect formation lié à la délégation, dans la mesure où si des délégations sont mises en place, elles nécessiteront des formations initiales et en emploi. OrTra Santé-Social pourra y contribuer et fournir des informations qui aident à étayer les décisions prises. Ils ont une capacité de positionnement central. Leurs membres comportent des employeurs (HUG, IMAD, Hospice général, etc.), les associations professionnelles, les syndicats et les HES.

Ils ont réalisé en 2017 à la demande de la DGS une enquête auprès des principaux intervenants sur les principes de délégation en matière d'administration des médicaments. Ils ont ajouté à ce rapport les principes appliqués par le canton de Vaud et ils ont trouvé que l'approche du canton de Vaud qui consiste à partir des pratiques existantes en leur donnant un cadre, et en donnant l'obligation aux entités qui pratiquent la délégation, est adéquat. L'OrTra Santé-Social soutient tout à fait ce PL, qui fiabilise le travail de terrain et protège des collaborateurs qui prennent des responsabilités pour des tâches. Ils sont impliqués dans la lutte pour la pénurie de main-d'œuvre. Il indique que cela offre des possibilités de travail aux personnes peu qualifiées dans le canton. La loi va dans le sens de ce qui est bon et nécessaire. Le travail va se faire au niveau de la rédaction du règlement d'application.

M^{me} Roulin ajoute que le travail fait sur la délégation pour l'administration des médicaments dans les institutions socio-éducatives avait mis en évidence qu'il y avait une problématique. La catégorie d'auxiliaire de soins leur paraît juste, pour autant que le contrôle soit effectué au niveau de qui obtient et de quelles catégories sont concernées. Ils avaient suggéré quelques catégories professionnelles dans la formation initiale au niveau des assistants socio-éducatifs et d'autres professions où les gens sont en première ligne mais n'ont pas la formation pour prendre en charge les actes auxquels ils sont confrontés. Ils avaient un sentiment d'inquiétude sur la formation des auxiliaires de soins qui a des incidences sur les personnes qui pratiquent et reçoivent les soins.

M. Martin indique que, dans le cadre du Centre de formation professionnelle santé qu'il dirige, il n'a pas de remarques particulières sur le PL, il pense qu'il va dans le bon sens. Il a une question sur un élément de formulation entre les articles 94 et 96, où il est fait mention dans l'art. 94 de

« perfectionnement » et dans l'art. 96 de « formation continue ». Il demande quelle est la différence entre les deux, puisque le perfectionnement professionnel peut être mis en place et subventionné par l'Etat et que, pour la formation continue, un lien se fait avec les associations professionnelles, il se pose la question de quel département pourrait être chargé du perfectionnement professionnel.

Un député PLR indique que sa première question porte sur la demande des auditionnés d'être consultés sur l'élaboration du règlement d'application de la loi. Il demande quelles sont les attentes concrètes afin de faire en sorte que le règlement réponde aux trois grands domaines que sont les soins, la santé et l'instruction. Sa deuxième question porte sur la remarque de M. Abbé-Decarroux sur l'art. 85 sur les pratiques avancées. A l'art. 1 il est dit « le professionnel de la santé ne peut fournir que les soins pour lesquels il a la formation reconnue et l'expérience nécessaire ». Il demande si cela ne suffit pas et si l'al. 5 ne pourrait tout simplement pas être supprimé. Sa troisième question part d'un cas concret qui est celui de la mise à niveau des ASSC lié aux nouvelles compétences de 2016. Aujourd'hui, les ASSC des HUG ont soit la possibilité de formation « maison » au sein des HUG sans validité externe, soit l'OrTra Santé-Social qui donne une formation qui répond aux exigences fédérales. Le paradoxe, c'est que les ASSC des HUG sont tenues de faire la formation HUG pour pouvoir se charger de ces pratiques et, si elles souhaitent avoir une meilleure formation et une reconnaissance fédérale, elles doivent payer une formation qui n'est pas reconnue des HUG. Il demande si l'exemple qu'il énonce est correct, s'ils soutiennent les formations « maison » notamment pour la question des formations complémentaires ou alors s'ils demanderaient plutôt qu'il y ait des formations externes.

M. Schmied répond que la question de la délégation se pose plus du côté social que du côté santé. Les grands employeurs comme les HUG sont plutôt bien organisés. Le risque est plutôt pour les petites organisations où on donne des délégations. Si on regarde la conception vaudoise, ces formations maison doivent suivre le cadre donné par l'Etat. Dans la pratique, si on imagine un organisme externe qui fait les formations, les formateurs seront tous les mêmes.

M^{me} Roulin dit que, en tant qu'OrTra Santé-Social, ils ont été sollicités par la Confédération pour la mise sur pied de cette mise à niveau. Il leur a été demandé de mettre sur pied cette formation. En prenant contact avec les partenaires genevois, les institutions comme les HUG et l'IMAD ont dit qu'ils préféreraient le faire chez eux dans leurs centres de formation. Les HUG et l'IMAD dispensent le même programme et l'attestation de suivi de

formation a la même valeur. Il y a suffisamment de monde à former pour avoir ces compétences aujourd'hui nécessaires. L'OrTra Santé-Social forme les personnes qui ne sont ni HUG ni IMAD et des personnes qui viennent d'autres cantons. Ils répondent aussi à une demande romande. La question qui va revenir sous le règlement d'application, sera celle de qui contrôle, comment et sous quel cadre et pour quelles professions. Ils seront vigilants sur la question du règlement d'application.

M^{me} Kaiser dit qu'il est important que la question de la pratique avancée figure dans la loi, car dans le règlement d'application il sera possible de préciser dans les grandes lignes les actes. C'est important pour la reconnaissance et pour les financements, notamment de la LAMal.

M. Schmied répond au sujet du règlement d'application qu'il concerne toute une gamme de cas où cela s'applique. Il faut partir du terrain plutôt que d'imaginer un système général qui pourrait aller pour tout le monde.

M^{me} Roulin rappelle que, dans la pratique, le DIP, le DCS et OrTra travaillent ensemble. Ils sont déjà dans ces réalités-là quand on touche au domaine santé-social.

Une députée PDC dit que, dans ce PL, le cœur de leurs préoccupations tournait autour des questions de délégations. Elle demande à M^{me} Kaiser comment la délégation est enseignée à la HES. Elle demande ensuite, au sujet des pratiques avancées, s'ils savent qu'elle est déjà implémentée dans la loi dans le canton de Vaud et s'ils ont des retours de terrain. Elle demande quels sont les risques de ne pas spécifier la pratique avancée dans le PL. En ce qui concerne les places de stage, il a été estimé que la HES devrait former 200 infirmiers par année pour répondre aux besoins : elle demande si c'est un problème aujourd'hui réglé, s'il existe un problème de quantité de places de stage ou d'infrastructure.

M^{me} Kaiser répond que l'enseignement de la délégation est une compétence formulée dans le programme. Les étudiants connaissent leur niveau de responsabilité et doivent l'exercer dans les lieux de pratique et la délégation varie selon les institutions. Il y a une question de responsabilisation mais qui peut se décliner de différentes manières. L'expérience vaudoise est en cours, elle ne peut donc pas répondre. On ne connaît que les expériences anglo-saxonnes et il y a une satisfaction par rapport aux systèmes de santé et de soins. En ce qui concerne les risques de ne pas mentionner la pratique avancée dans le PL, ils sont liés à la reconnaissance et aux financements : les financeurs pourraient ne pas entrer en matière. Enfin, ils accueillent 190 étudiants depuis deux ans, et les chiffres montent toujours. La limitation n'est pas due aux places de stages mais aux infrastructures.

M^{me} Roulin répond qu'il y a la personne qui délègue et celle à qui la délégation est faite. Dans les formations faites à l'OrTra et au CFPS, on apprend ce qu'on a le droit faire et ce qu'on ne doit pas faire. Ils insistent sur le fait qu'ils ont le droit de refuser de faire des actes, mais elle reconnaît que ce n'est pas facile. Quand il y a une délégation, elle n'empêche pas que la personne qui fait l'acte soit pénalement responsable. Ce n'est pas celle qui a délégué mais c'est celle qui donne le médicament. C'est une des questions qui a poussé les associations professionnelles à dire qu'ils voudraient être reconnus et formés ou sinon il faut que le canton se donne les moyens pour que plus de professionnels formés prennent en charge ces actes. La délégation est au cœur du questionnement des professionnels, pour savoir jusqu'où ils ont le droit de dire non sans perdre leur emploi. Il faut être au clair sur quels types d'auxiliaires de soins et quels actes pourront être faits. Ce n'est pas parce qu'on fait des formations qu'on possède les compétences. On parle de soins et de santé ; il n'y pas d'actes mineurs. Il y a des questions de métier, de formation et des limites.

Une députée PDC dit qu'elle a mis le doigt sur quelque chose d'important : le fait qu'auxiliaire de soins veut tout et rien dire. Elle demande quel serait le listing dans les professions qui pourraient correspondre à l'auxiliaire de soins.

M^{me} Roulin répond que pour elle c'est une compétence pas une profession. Si elle prend le socio-éducatif, les ASE vont pouvoir faire des actes médico-techniques plus importants et deviendront des auxiliaires de soins s'ils ont reçu la formation qui leur permette de faire certains actes qui doivent être fixés par les institutions et contrôlés par le canton.

M. Bron indique que le département a déjà proposé des amendements qui précisent notamment la validation de la DGS pour la procédure de délégation pour déterminer qui est responsable, auprès de qui on délègue, qui surveille, et c'est ce paquet-là global qu'ils vont valider avec la formation plutôt que d'avoir des matrices. Sur les auxiliaires de soins, ce ne sont pas des professions nouvelles, des acteurs qui existent déjà et qui seront considérés comme auxiliaires de soins. Il y a aura une liste de professions déjà déployées, éligibles pour recevoir la formation complémentaire. En ce qui concerne les pratiques avancées, ils ont modifié la formulation en disant que dans certaines situations le département peut autoriser des pratiques avancées et que la DGS valide les formations dispensées en pratique avancée afin d'être en adéquation entre ce qui va être déployé sur le terrain et les formations données.

Une députée EAG rappelle que M. Abbé-Decarroux a évoqué une pénurie et un manque de métiers sur le terrain, qui pousse à procéder à la délégation

de soins. Il y a une évolution des métiers moins dictée par la nature même des processus mais par les ressources qui limitent les interventions. Elle demande s'il n'y a pas une attention particulière à apporter à cet élément, notamment distinguer ce qui peut nécessiter une délégation et ce qui relève d'une pénurie. Sur la question de la notion d'auxiliaire de soins, elle demande s'il ne faudrait pas la définir précisément dans la loi. Puisque cette notion implique de nouvelles compétences et responsabilités, elle demande quelle reconnaissance apporter par rapport aux différents métiers. Enfin, elle revient sur les propos de M. Schmied qui a dit que cela permettrait de former des personnes peu qualifiées : cela signifie que ce ne serait pas une formation complète puisque ce serait une formation à quelques actes supplémentaires. Elle demande si cela permettrait à des personnes d'entrer dans un processus de formation plus large. En effet, pour pouvoir accomplir des actes délégués, il faut entrer dans la fameuse liste.

M. Schmied indique qu'avec le système de passerelle, c'est une étape vers une formation pour les personnes peu qualifiées. C'est un pas important.

M. Abbé-Decarroux répond qu'il n'a pas dit que seule la pénurie de professionnels impliquait une réorganisation des soins. Il a parlé d'autres facteurs qui font qu'il faut repenser le système de santé et d'organisation des soins. Dans de nombreux pays anglo-saxons, il y a des évolutions du métier d'infirmier qui font que ces professionnels peuvent prendre en charge des patients qu'ils ne prenaient pas en charge avant. Il y a le même phénomène avec les infirmières et les ASSC. Les ASSC posent des questions de réorganisation du travail au sein des équipes, avec ou sans pénurie. L'organisation des soins doit être repensée.

Une députée EAG demande des précisions sur le fait de déléguer des tâches qui fait qu'il y a un déplacement des compétences qui atteignait les modalités mêmes d'intervention.

M. Abbé-Decarroux pense que l'identité même des professions doit évoluer. On va vers une médecine personnalisée et préventive.

M^{me} Roulin dit que de toute façon cela va changer, non seulement à cause de la relève et de la pénurie, mais parce que ça a des coûts. Ils doivent réfléchir à l'évolution des équipes, des métiers et des soins. Ils ne doivent pas se limiter et garder ce qui fait la colonne vertébrale de ces métiers. Ce qui importe pour elle dans la délégation d'actes est ce que cela représente. Cette liste de métiers qui pourront avoir cette compétence est à discuter de manière collective pour ne pas se trouver ensuite dans des questions de soins et d'actes médicaux.

Une députée S revient sur ce que M^{me} Roulin vient de dire. Elle demande si, en plus de ces réflexions sur l'évolution des métiers, la question de leur revalorisation salariale est pensée.

M^{me} Roulin répond que c'est une question pertinente et que l'OrTra Santé-Social est tripartite. Les syndicats et les conventions collectives de travail entrent en discussion. Le fait d'ajouter des compétences et des responsabilités à des métiers implique nécessairement des discussions sur les changements salariaux ; elle pense que c'est inévitable.

Un député S demande si par rapport au problème de la pénurie, l'OrTra Santé-Social travaille avec le DIP pour la revalorisation de la filière de l'apprentissage. Il demande si cela inciterait des jeunes à se lancer dans ces nouveaux métiers et s'il faudrait faire de la publicité.

M. Schmied indique que l'OrTra Santé-Social a reçu le mandat de faire la promotion de ces métiers auprès des jeunes. Ils vont dans les écoles, organisent des manifestations aux HUG où les métiers sont mis en scène. La racine de la pénurie est de s'assurer que les jeunes veulent s'engager dans ces métiers-là. Il trouve qu'il y a un engouement important au niveau des écoles.

M^{me} Roulin précise qu'ils travaillent avec le CFPS. Ils font des zooms-métiers et ont déjà dû refuser du monde lors des événements. Elle pense qu'il y a un travail qui est fait pour présenter ces métiers de manière plus « sexy ». Il y a eu des efforts du canton et des employeurs, mais ils atteignent un plafond et il faut laisser le temps de former. Ils sont dans une phase où ils récoltent les fruits de toute la promotion faite et, dans tous leurs lieux de formation, des gens viennent s'inscrire volontairement et non pas par défaut comme on pourrait le penser.

M. Martin dit que les métiers de la santé et du social ont bonne presse auprès des jeunes. Ils remplissent leurs classes et sont obligés de refuser certains jeunes.

Discussion et vote

1^{er} débat

La présidente met aux voix l'entrée en matière du PL 12423 :

Oui :	13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	2 (1 PDC, 1 UDC)
Abstentions :	–

L'entrée en matière du PL 12423 est acceptée.

La commission accepte à l'unanimité de commencer le 2^e débat.

2^e débat

La présidente procède au vote du 2^e débat.

Titre et préambule : pas d'opposition, adoptés

Art. 1 souligné (modifications) : pas d'opposition, adopté

Section 1

M. Bron indique que la modification de l'al. 3 est caduque car il a déjà été modifié par un précédent PL et précise qu'il faut indiquer que l'al. 3 est refusé, ainsi il restera tel qu'il est actuellement.

Un député UDC indique que l'UDC refusera tous les amendements et le PL dans son ensemble.

La présidente met aux voix l'art. 71, al. 3 :

Oui :	—
Non :	15 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
Abstentions :	—

L'art. 71, al. 3, est refusé.

Art. 71, al. 4

Un député PLR questionne la terminologie « autorisation de pratiquer » alors que le texte mentionne « le droit d'exercer ».

M. Bron répond qu'il faut privilégier l'autorisation de pratiquer.

La présidente met aux voix l'art. 71, al. 4 :

Oui :	14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	1 (1 UDC)
Abstentions :	—

L'art. 71, al. 4, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 71 ainsi amendé :

Oui :	14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	1 (1 UDC)
Abstentions :	—

L'art. 71, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 71A (abrogé)

M. Poggia précise qu'il est désormais à l'art. 77. Ce n'est pas une suppression, mais un déplacement.

La présidente met aux voix l'abrogation de l'art. 71A :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

L'art. 71A est abrogé.

Art. 72

M. Poggia indique que c'est une adaptation requise par le droit fédéral.

Un député PLR indique que la question des responsabilités est précisée plus loin dans la loi. Ceux qui exercent sous leur propre responsabilité prennent leur responsabilité, mais ceux qui exercent sous surveillance professionnelle ne prennent pas leur responsabilité. C'est implicite, mais il est juridiquement suffisamment clair de le dire comme cela.

M. Bron dit que le cœur d'une des modifications de la LPMéd était de ne plus avoir ces différentes catégories et d'avoir une simplification explicite.

Un député PLR demande s'il faudrait rajouter « sous la responsabilité d'un tiers ».

M. Poggia répond par la négative, car ça laisserait entendre qu'on essaierait d'apporter des modifications de droit cantonal par rapport au droit fédéral, ce qui serait douteux. Il y a la responsabilité administrative, le cas échéant dans un hôpital public, et la responsabilité pénale dans une pratique privée. Il faut laisser le droit fédéral régler la question de la responsabilité vis-à-vis des tiers pour les actes ; il s'agit ici d'une responsabilité au sens du droit administratif.

La présidente met aux voix l'art. 72 ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

L'art. 72, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 72A (abrogé)

M^{me} Wieland Karsegard précise que l'art. 72 est abrogé car il est repris à l'art. 95.

La présidente met aux voix l'abrogation de l'art. 72A :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

L'art. 72A est abrogé.

Section 2

La présidente met aux voix la nouvelle terminologie de la section 2 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

Le nouveau titre de la section 2 est accepté.

Art. 73

M. Bron indique que l'al. 1 de l'art. 73 a été repris de l'art. 74 actuel, et que seul l'al. 2 est une véritable modification.

La présidente met aux voix l'art. 73, al. 1 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

L'art. 73, al. 1, est accepté.

Art. 73, al. 2

Un député PLR demande où trouver la liste de ces professions médicales universitaires.

M. Bron dit que les professions médicales universitaires sont au nombre de cinq. Ici les médecins sont principalement concernés.

Le député PLR trouve cela vague, surtout qu'il s'agit de donner un droit de ne pas donner une autorisation à pratiquer. Cela donne une marge de manœuvre au département de bloquer certaines professions. Il aimerait bien expliciter à qui s'adresse cette possibilité d'interdiction.

M. Bron indique que cela concerne les médecins, mais qu'on ne peut pas exclure que d'autres catégories soient concernées. Il souligne que « certaines catégories de » pourraient être remplacées par « aux professions médicales universitaires ».

Le député PLR propose donc la modification suivante à l'al. 2 de l'art. 73 : « aux professions médicales universitaires ».

Une députée EAG comprend qu'il s'agit de ne pas donner l'autorisation à des professions médicales universitaires qui ont déjà un titre, qui devraient déjà bénéficier d'une autorisation de pratiquer et qui n'ont pas encore terminé leur formation.

M. Bron précise que cela concerne les droits de pratique systématiques de tous les médecins internes des hôpitaux. La responsabilité de la vérification d'une employabilité conforme à la loi suisse bascule vers l'employeur.

Un député PLR demande si l'al. 2 concerne également les médecins qui exercent dans des permanences et structures de polycliniques placées sous la responsabilité de médecins qui ont des autorisations de pratiquer. Ceux-ci peuvent se trouver responsables de médecins qui n'auraient pas l'autorisation de pratiquer.

M. Bron indique que les médecins exerçant dans des permanences et structures polycliniques ne seront affectés que pour autant qu'ils soient accrédités pour délivrer une formation postgraduée, ce qui est précisé par la fin de l'alinéa. On peut être dispensé d'une autorisation selon l'al. 2, pour autant qu'on soit dans un cursus de formation postgrade. Il faut donc que ce soit une institution de formation qui emploie ces professionnels pour lesquels une dérogation du droit de pratique peut être demandée.

Un député PLR comprend que ce qui fait foi est le fait que l'institut dans lequel ces médecins travaillent soit reconnu pour la formation postgraduée. Il demande s'il n'y a pas une liste de ces instituts.

M. Bron dit qu'il faut que les centres soient reconnus pour la formation postgraduée, donc il existe des listes pour chaque spécialité à Genève.

Un député PDC demande pourquoi les infirmières et physiothérapeutes ne sont pas dans cette liste. Les assistants n'auraient ainsi plus à payer 500 francs de droit de pratique. Cela crée une discrédance entre les différentes professions. Tous ont un diplôme et ça ne semble pas logique.

M. Bron répond que, quand on a un diplôme de physiothérapeute ou d'infirmier, on est éligible pour travailler en toute autonomie. Le professionnel a donc un droit de pratique définitif. Ce n'est pas le même cas de figure pour un médecin interne en formation, qui ne peut pas encore

travailler sous sa propre responsabilité. Le droit de pratique sanctionne la capacité à travailler sous sa propre responsabilité dans sa profession. Si on ne veut pas être obligé d'avoir cette usine à gaz où on donne des droits de pratiquer à tous les médecins en rotation à l'hôpital pendant une année ou deux et qui quittent ensuite le canton, alors qu'ils sont sous surveillance serrée dans le cadre des services hospitaliers, il faut prévoir cette exception, qui n'est pas pertinente pour les autres professions qui ne sont pas du tout dans le même cas de figure.

Le député PDC trouve qu'il y a deux politiques qui ne lui semblent pas cohérentes vis-à-vis de certaines catégories de professionnels qui travaillent à l'hôpital cantonal. Le droit de pratique n'est pas simplement un diplôme. Il faut produire une attestation de bonne vie et mœurs, il faut passer devant un médecin pour savoir si on n'a pas de troubles psychologiques qui empêchent de travailler.

M. Bron indique que la cohérence est que l'on a un droit de pratiquer unique pour sa vie, à partir du moment où l'on est éligible pour travailler sous sa propre responsabilité.

Un député PLR demande si c'est une simple modification qui est proposée. Il demande si le département serait informé qu'un certain nombre de médecins en formation sont autorisés à pratiquer et qu'il renoncerait à ce moment-là à demander le droit de pratiquer ou si cela se ferait dans le cadre des pratiques régulières où les hôpitaux n'ont plus besoin de faire des demandes.

M. Bron rappelle que la systématique dit qu'un professionnel de la santé possède un droit de pratique. C'était quelque chose de nouveau dans la loi de 2006 qui s'est avéré excessif, voire contreproductif. On peut déjà aujourd'hui renoncer à cela. Ce qui est proposé dans l'art. 73, al. 2, est de modifier aussi au niveau des principes, d'explicitier que l'on n'a pas d'obligation de donner des droits de pratique à tous les professionnels. Ce sera pour le département un contrôle a posteriori, une vérification que les obligations de l'employeur auront été respectées par rapport à cela. Ce sera la responsabilité de l'institution si un médecin s'avérait travailler sans diplôme valable. Ce ne serait pas contrôlé a priori par l'administration.

Un député PLR demande si le fait de laisser les HUG libres de former autant de médecins qu'ils veulent, dans autant de domaines qu'ils veulent, laisse libre cours au non-contrôle des médecins qui arriveront tôt ou tard sur le marché genevois. La législation permettrait-elle d'empêcher de futurs médecins de venir ? On perd ici une opportunité de pouvoir être plus restrictif sur le nombre de droits de pratique délivrés pour être sûr qu'on a une réelle

planification de l'offre de médecins, en travaillant en amont sur la formation, avec les HUG. Rien n'empêche un certain service des HUG d'ouvrir plusieurs postes, ce qui signifie que dans quelques années on va se retrouver avec un nombre important d'installations. Si on régulait en amont le nombre de médecins formés dans chaque domaine, ça empêcherait d'avoir un problème a posteriori. Il demande s'il n'y a pas une opportunité en enlevant cet article de permettre au département d'avoir cette planification-là.

M. Bron dit qu'au niveau intercantonal romand, ils travaillent là-dessus avec une convention qui s'appelle « réformer » où il y a une évaluation des besoins collectifs en médecins de façon à ce qu'il y ait une répartition des places de formation et que ceux qui sortent des institutions de formation romandes correspondent aux besoins de la population romande. Mais ce n'est pas avec une disposition de cette nature-là qu'on peut faire cette régulation. Aujourd'hui, on n'est juridiquement pas armé pour refuser un droit de pratique in fine. Il faut travailler sur la gestion de l'institution, sur les financements des places de formation et sur les possibilités par le droit sanitaire de dire non à tel ou tel médecin au moment où l'institution en fait la demande.

Un député PLR indique que c'est un chapitre nouveau de la médecine, celui de la médecine étatique. Si le besoin était évident, une disposition se trouverait dans un PL fédéral et pas cantonal. Il dit que, pour que l'al. 2 soit plus clair, il faudrait remplacer « **qui suivent une formation postgrade** » par « **qui exercent dans un établissement de formation postgrade** », parce qu'il y a des médecins qui dans le cadre de leur formation postgrade passent aux HUG, puis vont travailler quelques années dans une permanence, puis y reviennent dans un cursus de formation autre. Si le sens est de dire qu'on veut que ces médecins soient couverts sur le plan de la responsabilité par un professionnel accrédité, pour éviter le problème des permanences et des polycliniques qui ont fleuri à Genève. Elles permettent à toute sorte de médecins à Genève de travailler sans avoir leur droit de pratique, car ils exercent sous la couverture d'un médecin responsable de permanence. Sa proposition serait de modifier la fin de l'al. 2.

M. Bron dit ne pas voir la plus-value.

Le député PLR répond que, dans le cadre de leur formation postgrade, il peut y avoir une ou deux années où ils ne sont pas dans un établissement reconnu pour la formation postgrade parce qu'ils cherchent une place. Ils viennent des HUG et n'ont pas le droit de pratiquer selon ce schéma-là en tant que médecins internes aux HUG. Pendant deux ans, ils exercent dans une structure qui n'est pas reconnue pour la formation postgrade mais qui a un médecin en charge qui, lui, est reconnu pour la formation.

M. Bron indique qu'à partir du moment où ils sont dans ce cas de figure, ils ne suivent plus une formation postgrade. Ils perdent le droit à l'exception.

Une députée EAG ne voit pas pourquoi il faudrait que le département renonce à délivrer quelque chose qui n'est pas nécessaire puisque si l'activité s'exerce sous la surveillance d'un professionnel de la santé autorisé à pratiquer, en principe on tombe dans la catégorie b, l'art. 72. Elle demande donc pourquoi on donnerait une autorisation de pratique à quelqu'un qui, a priori par son statut d'exercice de cette fonction sous la surveillance de quelqu'un d'autre, ne devrait pas en avoir si le droit de pratique est lié à la responsabilité. L'ancienne formulation lui semblait plus claire. Elle supposait qu'on puisse avoir un droit de pratique lorsqu'on exerce sous la surveillance de quelqu'un. Il lui semblait que l'art. 72 excluait cette possibilité. Dans certaines situations où quelqu'un qui exerce sous surveillance peut bénéficier d'une autorisation de pratiquer, il faudrait le dire clairement ainsi que ce à quoi correspondent ces situations. Dans le cas inverse, cela laisse penser à un affaiblissement.

M. Bron répond que la systématique de la loi est de dire qu'une profession de santé est égale à un droit de pratique, base de la LS, indépendamment de sa catégorie. Pour les professions médicales universitaires, on peut faire des exceptions assez restreintes du fait que l'on se trouve en formation postgrade.

Une députée EAG demande si ce ne serait pas plus simple de préciser les exceptions en tant que telles, sans cet alinéa qui introduit une confusion possible entre les personnes qui exercent sous surveillance d'un autre professionnel et celles à qui on refuserait un droit de pratique.

M. Bron répond que c'est ce que propose l'art. 73, qui donne un principe et une exception.

Un député PDC demande ce qu'il en est des autres professions en formation postgraduée, par exemple un médecin qui a un diplôme et ouvre son cabinet ou une infirmière qui fait une formation postgraduée qui serait exclue de la possibilité de demander un droit de pratique.

M. Bron dit qu'un médecin aujourd'hui ne peut pas pratiquer à charge de la LAMal s'il n'a pas de formation postgraduée. Les infirmières peuvent pratiquer de façon pleine et entière. Dans les années à venir, la question pourrait se poser, avec la nouvelle obligation pour les pharmaciens d'avoir une formation postgraduée pour pouvoir exercer, de se prévaloir de la même exception de dire s'ils sont en formation postgraduée pour avoir leur diplôme de pharmacien. A ce moment-là, il faudra se demander s'ils auront besoin

d'un droit de pratique ou pas, d'où la pertinence de mettre « **aux professions médicales universitaires** ».

Un député PDC demande si le fait que les médecins aient l'obligation de faire des stages dans d'autres cantons pour les titres FMH est dans la loi fédérale ou si c'est une particularité genevoise.

M^{me} Wieland Karsegard précise que l'autorisation de pratiquer est cantonale.

M. Bron indique que Genève était exceptionnelle en exigeant des droits de pratique pour tout le monde, y compris des médecins qui étaient en formation postgraduée. Les autres cantons romands ne délivraient pas les droits de pratique pour les médecins en formation postgrade.

Une députée PLR souligne que le département a mentionné qu'avec cet alinéa, ce sera à l'employeur de vérifier que le médecin en formation répond aux critères. Elle demande si cela signifie qu'avant, l'Etat devait le faire.

M. Bron répond que l'employeur vérifiera au-delà du CV autodéclaré. Il y avait avant le filtre de l'Etat qui allait demander, pour délivrer un droit de pratique, une attestation médicale, la vérification du diplôme, le casier judiciaire vierge, l'attestation de non-sanction. A partir du moment où ce n'est plus au canton de faire ce travail-là, l'employeur doit le faire.

La députée PLR dit que c'est une charge administrative accrue pour les employeurs, surtout pour les petites structures. Il y aura un processus au travers duquel les employeurs devront s'assurer que les employés qu'ils engagent correspondent à tous les critères. Elle demande s'il est prévu qu'il y ait un guide pour que les employeurs et notamment les petites structures sachent comment s'assurer que la personne qu'elles engagent réponde aux critères.

M. Bron rappelle que ces éléments-là font suite à la demande des employeurs, ce n'est pas l'Etat qui se désengage. Genève était plutôt une exception en délivrant des droits de pratique y compris pour les médecins en formation postgraduée. Il appartient aux employeurs selon leurs normes de qualité de s'assurer que leurs employés ont les bonnes qualifications pour remplir les cahiers des charges. Ils doivent vérifier que le diplôme est valable et que les personnes ont leur casier judiciaire vierge. La checklist n'est pas mystérieuse et elle est valable pour tous les emplois au sein de ces institutions.

La députée PLR dit qu'un des avantages qu'elle voit avec cet alinéa est la régulation des personnes qui ont un droit de pratique à Genève. Elles peuvent venir en formation quelques mois sans avoir l'obligation d'acquérir un droit

de pratique et peuvent ensuite retourner dans leur lieu de formation d'origine sans avoir ensuite un droit de pratique à vie à Genève.

M. Bron confirme. Cela facilite les échanges intercantonaux, car les autres cantons ne délivraient pas des droits de pratique, donc en venant travailler aux HUG dans le cadre de collaborations hospitalières, cela uniformise les pratiques notamment au niveau romand.

Une députée S dit être interpellée par le fait que quelqu'un qui a un diplôme fédéral doit demander l'autorisation de pratiquer dans le canton où il a fait ses études. Elle demande si elle comprend bien que quelqu'un qui a un diplôme fédéral reconnu dans toute la Suisse doit demander à tous les cantons une autorisation de pratiquer.

M. Bron confirme que c'est comme cela, sachant qu'à partir du moment où on a le droit de pratiquer dans un canton, la reconnaissance se fait quasi automatiquement selon la loi sur le marché intérieur.

La députée S demande s'il y a quelque chose à faire pour simplifier le processus.

M. Bron indique que cela correspond aux éléments fondamentaux du système de santé en Suisse, à cheval sur des prérogatives constitutionnelles cantonales.

Une députée S demande quel est le nombre d'universités de médecine en Suisse.

M. Bron dit qu'il y en a cinq.

Un député PLR propose l'amendement suivant : **« le département peut renoncer à délivrer une autorisation de pratiquer aux professions médicales universitaires s'exerçant sous la surveillance professionnelle d'un professionnel de la santé autorisé à pratiquer la même discipline et qui suivent une formation postgrade. »**

Le député PLR propose ensuite de remplacer la fin de cette phrase par : **« qui exerce dans le cadre d'un établissement reconnu pour une formation postgrade. »**

Un autre député PLR indique qu'il ne soutiendra pas cet amendement, car la FMH reconnaît des établissements liés aux personnes qui y exercent, dans les différentes spécialités reconnues pour les formations. Ce sont donc les chefs de service qui sont reconnus comme ayant la capacité pour la FMH d'être des formateurs. Aussi, les autorisations de pratique sont liées à qui surveille la personne en formation. Cela ne s'applique pas à un environnement général, mais cela s'adresse à des personnes qui travaillent sous des responsables identifiés comme tels. Il pense que, pour ces deux

raisons, ce ne serait pas opportun de parler d'établissement, d'autant plus qu'il y a des personnes qui suivent dans le cadre de leur cursus de formation postgraduée des années de pratique en cabinet médical privé.

Une députée PLR indique que, pour sa part, elle ne soutiendra pas la proposition d'amendement de son collègue PLR, parce que quelqu'un qui suit une formation postgrade est en formation alors que quelqu'un qui exerce dans une institution qui offre des formations postgrades ne l'est pas toujours.

Le député PLR ayant proposé l'amendement dit qu'il n'est pas d'accord avec ce qui vient d'être dit. Quand on parle d'un établissement, on parle évidemment des gens qui y exercent. Il a connu des médecins de l'étranger qui venaient en formation aux HUG, puis qui allaient dans des établissements non reconnus pour la formation. Ils revenaient ensuite aux HUG et au moment où ils présentaient leur validation, les années d'expérience exercées à l'extérieur des HUG étaient quand même comptabilisées. Il renonce toutefois à sa proposition d'amendement.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du député PLR pour l'art. 73, al. 2 :

« Le département peut renoncer à délivrer une autorisation de pratiquer aux professions médicales universitaires s'exerçant sous la surveillance professionnelle d'un professionnel de la santé autorisé à pratiquer la même discipline et qui suivent une formation postgrade. »

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : –

L'amendement est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 73, al. 2, ainsi amendé :

Oui : 13 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : 1 (1 EAG)

L'art. 73, al. 2, tel qu'amendé, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 73, al. 3 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : –

L'art. 73, al. 3, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 73 ainsi amendé :

Oui : 13 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : 1 (1 EAG)

L'article 73, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 74

M. Bron indique que l'art. 74 reprend l'art. 75 actuel en y ajoutant la lettre c, reprise de la LPMéd comme modifiée.

Un député PLR indique ne pas s'opposer au principe, mais il a une question par rapport à la reconnaissance de la maturité gymnasiale. Il pense qu'il faut essayer de ne pas bloquer la venue de médecins de Bâle, de Zurich ou de Berne qui pourraient enrichir le panorama médical genevois. Le bulletin des médecins suisses de cette semaine indique qu'il y a des discussions au niveau fédéral dans la LPMéd pour avoir une reconnaissance de la formation linguistique durant la maturité gymnasiale, et il demande où le département en est dans ses réflexions à ce sujet.

M. Bron dit qu'ils se contentent de reprendre les formulations de la LPMéd. Le critère jusqu'à maintenant était le niveau B2 sachant que le niveau de français que l'on a avec une maturité gymnasiale en Suisse alémanique et le niveau d'allemand qu'on a avec une maturité gymnasiale en Suisse romande sont considérés comme B2. Il y a actuellement un double mouvement où on s'aperçoit que la maturité gymnasiale ne suffit pas pour être à même de discuter, avec une contestation du fait que cela correspond au niveau B2, et pour certaines spécialités il y a nécessité d'augmenter le niveau requis, notamment dans le domaine psychiatrique. Cette formulation laisse une marge de manœuvre.

Une députée EAG se demande pourquoi la connaissance de la sécurité sociale n'a pas été intégrée ici. Elle a vu des situations où des médecins ne connaissaient pas les dispositions relatives à l'AI ou à d'autres dispositifs qui peuvent intervenir. On pourrait imaginer qu'on demande que ces personnes présentent des connaissances générales en matière de sécurité sociale suisse, ce qui permettrait d'éviter de grosses pertes de temps et des dégradations des situations financières et sociales des personnes.

M. Bron répond qu'ils sont très limités par le droit fédéral. La possibilité de refuser une autorisation en rajoutant des critères à la LPMéd et à la LAMal n'existe pas, mais c'est une piste qui a été explorée de façon approfondie.

Une députée PDC dit qu'elle partage la préoccupation de la députée EAG. 80% du personnel soignant vient de France et ne sait pas quelle est la

différence entre la LAMal et la LCA, et ne maîtrise pas les réseaux de soins et associatif. Elle n'est pas certaine que le département aura une réponse à ce sujet, mais elle pense qu'il y a quelque chose à faire. C'est le devoir de l'institution qui engage la personne à proposer une formation régulière.

Un député PLR dit que beaucoup de médecins diplômés suisses ne sont pas au courant de ces différences et qu'un moyen de pallier ceci serait d'utiliser les sociétés cantonales. Lorsque l'on a un droit de pratique dans un canton, on doit être affilié à la société cantonale, et par celle-ci on peut obtenir des renseignements à ce sujet-là. Il faut une formation plus grande pour les médecins dans le domaine du social et du remboursement. Pour ce qui est des connaissances de français, il a vécu une époque où les médecins étrangers venaient sans formation linguistique, c'était catastrophique et les patients faisaient des reproches importants.

M. Bron indique qu'effectivement les déficits de connaissance des rouages du système social ne sont pas l'apanage des professionnels étrangers.

La présidente met aux voix le titre de l'art. 74 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

Le nouveau titre de l'art. 74 est accepté.

La présidente met aux voix l'ajout de lettre c de l'art. 74, al. 1 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'ajout de la lettre c de l'art. 74, al. 1, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 74 ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'art. 74, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 75

M. Bron précise que cette disposition existe déjà correspondant à l'art. 78. Aujourd'hui, tant qu'on n'a pas de signe de vie, on fait des rappels sans savoir à partir de quel moment on peut considérer les gens comme radiés du

registre. Cela permet de préciser que sans une demande de prolongation conforme à ce qui est prévu, on n'est plus dans le registre.

Un député PLR demande si dans la pratique les intéressés vont être avertis ou s'ils vont se voir retirer leur droit de pratique sans le savoir. Il demande comment le département imagine les choses dans les faits, sachant que c'est au professionnel de faire la demande dans les délais. Il demande s'il y a des voies de recours et desquelles il s'agit.

M. Bron dit que ce sera une formulation un peu plus stricte du courrier déjà envoyé aujourd'hui informant que, sans nouvelles, le professionnel sera radié. Aujourd'hui, on sollicite déjà ce renouvellement de façon proactive.

M^{me} Wieland Karsegard indique qu'il y a toujours des possibilités de recours à la Cour de justice.

M. Bron ajoute que cela va dans le sens de ce qui a été évoqué précédemment, il n'y a aujourd'hui pas de mise à jour régulière des droits de pratique. Une fois atteints les 70 ans, il suffit d'avoir un certificat médical qui confirme qu'on est toujours apte. C'est une formalité qui nécessite juste une démarche proactive.

Un député PLR pense que cet article est important et protège les patients de praticiens trop âgés. Il pense que le certificat médical doit vraiment attester que la personne est capable de poursuivre sa pratique médicale. Il y a des médecins qui ont moins de 70 ans et qui pour différentes raisons ne devraient plus continuer de pratiquer et on est bien emprunté pour le leur signifier. Un contrôle de la capacité médicale des médecins à exercer lui paraît important pour protéger les patients.

M. Bron dit qu'à partir du moment où il y a un droit de pratique jusqu'à 70 ans et qu'il n'y a pas de mise à jour, il faut pouvoir attester d'une formation postgraduée, mais rien n'est prévu pour revalider ce droit de pratique dans l'intervalle. Il y a toujours des possibilités d'annoncer ces cas à l'autorité de surveillance qui peut effectuer des contrôles et vérifier que les conditions d'obtention du droit de pratique sont toujours réunies.

Une députée S demande quel est le délai octroyé aux médecins qui approchent des 70 ans pour réagir.

M. Bron répond qu'il ne sait pas, mais c'est une démarche qui ne se caractérise pas par sa rigueur administrative. Il n'est même pas sûr qu'un délai réel soit donné. Il est suggéré aux médecins qu'ils fassent la démarche avant 70 ans.

Un député PDC demande si on n'aurait pas pu avec cet article utiliser le droit de pratique pour ce qu'il doit être, et prévoir un contrôle tous les 10 ou

15 ans. Il n'y a aucun contrôle sur les condamnations si elles ne sont pas connues par l'autorité de surveillances, notamment les condamnations sexuelles pour les professionnels qui continuent à pratiquer. C'est soit on fait un droit de pratique et on le fait bien, soit on ne le fait pas. C'est une profession à risque.

M. Bron dit qu'aujourd'hui il n'y a pas de revalidation du droit de pratique systématique. Sur la surveillance, il y a des communications qui sont améliorées avec les autorités pénales et administratives. Il espère que ces cas deviennent de plus en plus rares. Il n'y a pas d'automatisme. Il ne peut que préciser que nous ne sommes pas démunis si l'on a connaissance de ce genre de cas avec des éléments étayés. Avec un signalement, nous sommes armés pour constater que les conditions de délivrance du droit de pratique ne sont plus réunies.

Un député PDC demande si on ne peut pas profiter de ce PL pour être plus strict.

M. Bron dit qu'une systématique serait lourde à mettre en œuvre.

Le député PDC propose donc l'amendement suivant : « **l'autorisation de pratiquer est renouvelée tous les dix ans.** »

Une députée PDC partage le fait que c'est une profession à risque, mais il faut réfléchir à la forme du contrôle et au moment où on le fait. Elle ne pense pas qu'un contrôle tous les dix ans donne plus de garanties. Les cas relevés sont des cas où il y a eu un problème avec la loi ou une condamnation. La question est de savoir quel est le système mis en place par rapport aux praticiens condamnés. Elle partage la préoccupation du contrôle, mais elle est sceptique sur l'efficacité d'un contrôle tous les dix ans.

Une députée EAG partage le questionnement de la députée PDC. Elle se demande s'il faut poser la question de la surveillance des professions de la santé par la demande de revalidation de l'autorisation de pratiquer tous les 10 ans, ou si c'est dans le cadre de la surveillance des professions de la santé. Elle a relayé des situations problématiques d'atteinte à l'intégrité des personnes auprès du département. Ces plaintes ne sont pas traitées et la question de la surveillance et des graves manquements à la déontologie du métier se posent en termes de compétences ou de fautes.

M. Bron comprend la préoccupation d'améliorer la surveillance. La totale confiance que l'on faisait aux diplômés il y a quelques décennies n'est plus de mise. Il pense qu'il serait disproportionné et vain d'imaginer qu'en mettant un contrôle tous les dix ans, on résoudrait tous les problèmes. Il y a une systématique des contrôles à augmenter auprès de toutes les institutions de santé, des pratiques de communication à améliorer entre les différentes

autorités. Il rappelle que si les conditions de délivrance du droit de pratique ne sont plus réunies et que le département le sait, il peut agir. Il faut qu'il y ait de bons réflexes de toutes parts et peut-être une accentuation de leur présence sur le terrain, notamment pour vérifier les droits de pratiquer dans les institutions.

Le député PDC retire son amendement.

La présidente met aux voix le titre de l'art. 75 :

Oui :	13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	1 (1 UDC)
Abstentions :	1 (1 PDC)

Le nouveau titre de l'art. 75 est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 75, al. 1 :

Oui :	13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	1 (1 UDC)
Abstentions :	1 (1 PDC)

L'art. 75, al. 1, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 75, al. 2 :

Oui :	13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	1 (1 UDC)
Abstentions :	1 (1 PDC)

L'art. 75, al. 2, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 75 ainsi amendé :

Oui :	14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	1 (1 UDC)
Abstentions :	1 (1 PDC)

L'art. 75, tel qu'amendé, est accepté.

Article 76

M. Bron indique que c'est un déplacement de l'art. 79.

La présidente met aux voix l'art. 76 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'art. 76 est accepté dans son ensemble.

La présidente met aux voix l'art. 76 ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'art. 76, tel qu'amendé, est accepté.

Section 3

La présidente met aux voix le nouveau titre de la section 3 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

Le nouveau titre de la section 3 est accepté.

Article 77

M. Bron précise que c'est un simple renvoi à la LPMéd.

Un député PLR ne comprend pas pourquoi on met dans la loi sur la santé genevoise un article intitulé « loi fédérale sur les professions médicales », qui rappelle le contenu de la loi fédérale. Quel en est l'intérêt ?

M^{me} Wieland Karsegard dit que c'est une simplification pour le lecteur. Le législateur estime souvent que c'est une bonne chose pour la personne qui a un texte dans les mains qu'elle puisse savoir qu'il y a une loi cantonale et une loi fédérale. C'est un choix légistique, pas obligatoire, mais fait pour le lecteur qui se demande quelles sont les professions médicales visées.

Un député PLR demande pourquoi on ne les a pas évoquées avant.

M. Bron comprend sa remarque mais l'enjeu est de rappeler au lecteur de la LS qu'il y a des dispositions qui s'appliquent au niveau de la loi sur les professions médicales universitaires.

Un député PDC souligne que la loi fédérale sur les professions médicales a un diminutif et un numéro, il faudrait qu'il apparaisse dans l'intitulé.

M^{me} Wieland Karsegard indique que le diminutif est LPMéd et qu'il y a effectivement un numéro qu'elle n'a pas en tête.

M. Bron dit qu'ils ont essayé de rendre le texte le plus lisible possible.

Art. 77 (titre nouveau)

La présidente met aux voix le nouveau titre de l'art. 77 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

Le nouveau titre de l'art. 77 est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 77 ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'art. 77, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 78

M. Bron indique que le titre est déplacé à l'art. 80 ; par contre, les al. 1 et 2 sont nouveaux et reprennent la LPMéd. Il faut donc voter le titre.

La présidente met aux voix le titre de l'art. 78 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

Le nouveau titre de l'art. 78 est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 78, al. 1 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'art. 78, al. 1, est accepté.

Une députée EAG indique que la lettre h de l'article 40 de la LPMéd précise que les personnes exerçant une profession médicale universitaire

doivent conclure une assurance responsabilité civile professionnelle et elle demande s'il est nécessaire de le remettre dans la loi cantonale.

M. Bron précise qu'on pourrait formellement s'en passer mais c'est une question de visibilité à nouveau.

La présidente met aux voix l'art. 78, al. 2 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : –

L'art. 78, al. 2, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 78 ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : –

L'art. 78, tel qu'amendé, est accepté.

Section 4, titre : Pas d'opposition, adopté

Art. 79, titre : Pas d'opposition, adopté

Art. 79

Un député PLR demande si c'est nécessaire à nouveau de rappeler le droit fédéral qui de toute façon s'applique.

M^{me} Etienne répond que c'est une question pratique pour le lecteur.

M. Poggia précise qu'il faut accompagner le lecteur, cela évite des confusions.

Art. 79 : Pas d'opposition, adopté

Art. 80, titre : Pas d'opposition, adopté

Art. 80, al. 1 :

Un député PLR demande s'il s'agit des devoirs professionnels cités à l'art. 27 de la loi fédérale.

M^{me} Etienne répond par l'affirmative.

M. Poggia dit qu'on peut effectivement indiquer que c'est la loi fédérale.

La présidente met aux voix l'art. 80, al. 1, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

L'art. 80, al. 1, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 80, al. 2 : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix l'art. 80, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

L'art. 80, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 80A (abrogé) : pas d'opposition, adopté

Section 5, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 81, titre : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix l'art. 81 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : –

L'art. 81 est accepté.

Section 6, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 82 : pas d'opposition, adopté

Art. 83 : pas d'opposition, adopté

Art. 84 :

Une députée EAG dit que dans la prise de position de la CGAS, il y a une objection. Elle veut entendre le département sur cette crainte qui vise à s'assurer qu'en cas d'objection de conscience, on soit certain que les informations soient données à la personne et que ce soit la responsabilité de l'employeur de s'assurer que l'approbation soit bien donnée.

M. Poggia dit que ça se fera toujours a posteriori. On peut imaginer que les convictions d'un soignant ne lui permettent pas de donner certains soins, car il estime qu'éthiquement c'est par exemple de l'acharnement thérapeutique. Il doit en informer le patient et faire en sorte de trouver une

autre personne qui donne les soins. Si la personne décède, on peut se demander comment l'autorité sanitaire serait informée de la violation de ses devoirs. Ce n'est pas parce que des devoirs peuvent difficilement être sanctionnés en cas de violation qu'il faut renoncer à les rappeler. Mais il est conscient que, parfois, les gens malhonnêtes peuvent s'en sortir.

Une députée EAG se demandait si préciser que l'objecteur, à défaut son employeur, est tenu dans tous les cas de donner au patient les informations nécessaires permettrait à l'employeur de s'assurer que l'objecteur ne fait pas qu'objecter mais que s'il n'est pas en accord avec ce qui est demandé, qu'il sache qu'il est tenu de donner cette information. C'est une manière de s'assurer qu'il y ait une pression supplémentaire sur l'objecteur pour qu'on s'assure que le patient ait accès à ses soins.

M. Bron dit qu'on est focalisé sur les professionnels de santé, il n'y a pas d'employeurs. C'est un devoir individuel.

M. Poggia dit que le code des obligations, sauf erreur l'art. 101, implique que la responsabilité de l'employeur pour les violations des devoirs contractuels d'un employé est d'informer le patient sur la possibilité qu'il a d'avoir des soins d'une autre personne. Cette responsabilité est extrêmement stricte et n'est pas limitée en cas de faute grave de l'employé. Même si on ne le met pas dans cette disposition, il y a une responsabilité civile de l'employeur qui ne s'assure pas qu'il y aurait une faute professionnelle de l'employé. Ces dispositions disent qu'en cas de violation, une mesure de retrait de l'autorisation du droit de pratique peut avoir lieu.

Une députée S revient sur les commentaires faits par la CGAS. L'objection pour des questions religieuses pose des questions au vu du principe de laïcité de l'Etat. Elle demande si ça ne concerne pas les employés des HUG.

M. Poggia dit que ça ne les concerne pas. Cela concerne les professionnels de la santé agissant dans le secteur privé. Les convictions religieuses ne doivent pas porter atteinte à l'activité professionnelle.

Un député PLR rappelle que c'est une loi qui porte sur les professionnels de la santé qui agissent dans le cadre des droits de pratiques déléguées ou pas. Dans ce cadre-là, il estime que c'est suffisant.

Art. 84, titre : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix l'art. 84 :

Oui : 10 (1 EAG, 1 S, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : —

Abstentions : 5 (2 S, 2 Ve, 1 UDC)

L'art. 84 est accepté.

Art. 85, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 85, al. 1 : pas d'opposition, adopté

Art. 85, al. 2 :

Un député PLR pense que c'est une introduction tout à fait pertinente, car il y a des familles virulentes face aux équipes médicales, mais il demande au département s'il ne faut pas aller plus loin car il peut y avoir des pressions ressenties comme telles d'autorités administratives, politiques. Il se demande s'il faudrait étendre la logique en ajoutant « **ou d'une autorité administrative** », pour s'assurer que les professionnels de la santé ne subissent jamais de pressions extérieures.

Une députée EAG demande qui détermine que l'acte est superflu, car l'on pourrait imaginer une autorité professionnelle ou politique qui viendrait à dire qu'on fait l'économie des certains examens. Elle demande à au député PLR si sa proposition est valable dans les deux sens.

Le député PLR répond par l'affirmative.

M. Poggia propose l'amendement suivant : « **le professionnel de la santé doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé ou de tout tiers.** »

Une députée EAG propose de scinder la phrase en deux. Il s'agit d'éviter qu'on vienne dire que certains actes sont superflus et qu'on dise aux médecins ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire.

Le député PLR dit que la LAMal est claire. Elle donne la responsabilité aux médecins pour que les actes médicaux soient pertinents. On rappelle cette réalité-là, en disant que le professionnel de la santé est le seul juge pour décider de l'intervention. Tous les jours, des médecins en font davantage, car ils subissent des pressions des familles des patients et les équipes médicales ne sont pas à l'aise avec ça. Ça peut être le médecin traitant. Il pense qu'il peut y avoir des autres tiers. Il ne sait pas si la protection doit aller dans les deux sens. Le fait de priver quelqu'un d'un soin est une faute médicale.

Une députée EAG lui demande s'il pense que l'asymétrie n'est pas indispensable. On peut imaginer que d'aucuns imaginent des économies et considèrent que certains actes sont superflus.

M. Poggia précise que cela peut sembler peu clair. Ce n'est pas la loi qui détermine ce qui est nécessaire médicalement. Il y a des règles de l'art qui évoluent. Ce serait jugé par des pairs qui diraient si c'est importun ou pas. Cet alinéa est le même que l'art. 84, al. 2 actuel.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement de l'art. 85, al. 2 :

« Le professionnel de la santé doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé ou de tout tiers. »

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'amendement est accepté.

Art. 85, al. 3 :

M. Bron dit qu'on est au cœur de la délégation. On s'est rendu compte que la formulation était très restrictive, donc la négation a été enlevée. L'esprit est d'avoir une disposition, autant à l'al. 3 qu'à l'al. 6, qui soit assez large et qui permette d'ouvrir le champ des compositions d'équipes et des redéfinitions de rôle des différentes professions sans devoir remettre dans la loi les actes autorisés. Cela ne veut pas pour autant dire qu'on part dans quelque chose qui soit sans contrôle. Les institutions qui vont profiter de l'ouverture de l'al. 3 doivent faire l'objet d'une validation par la DGS.

Une députée PDC a lu la position de la CGAS qui mentionnait des craintes similaires, sur qui serait défini comme auxiliaire de soins, de ne pas surcharger les gens pour se faciliter la tâche. A la lumière de toutes les auditions et discussions, elle votera ces amendements, car ils sont souhaités par la majeure partie des professions de la santé impactées. Elle fait confiance au département qui s'est engagé à faire la définition de ce qu'est un auxiliaire de soins et du contexte de la délégation avec les milieux concernés ; c'est un processus qui permettra d'éviter certaines dérives éventuelles.

Une députée Ve avait les mêmes craintes suite à la position de la CGAS. Elle n'a toutefois pas la même confiance que sa collègue. Elle pense qu'il faut mentionner dans la loi que la notion d'auxiliaire de soins doit être définie en concertation avec les partenaires sociaux de la branche. Il est important qu'on définisse bien la notion d'auxiliaire de soins, car il y a un risque de surcharge du personnel soignant.

La députée Ve dit qu'elle ne fait qu'ouvrir la proposition. Sa proposition éventuelle d'amendement serait la suivante : « **Il peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins si celui-ci possède la formation et les compétences pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins en concertation avec les partenaires sociaux de la branche.** »

M. Bron indique que le département va simplement définir un certain nombre de professions qui pourront recevoir une formation complémentaire et pratiquer des actes qui pourront leur être délégués moyennant cette formation. On fait référence à des professions qui existent et sont certifiées.

Une députée EAG rejoint la députée Ve sur sa proposition. Elle pense qu'il faut entendre le département sur ses intentions de se mettre à table avec les partenaires sociaux. Il y a d'emblée eu une crainte sur ces délégations, que ce soit une forme de défaussement sur d'autres professions. Pour se garder de ces risques, il faut une concertation avec les partenaires sociaux. Un autre élément est celui de la disponibilité des différentes fonctions pour exercer de nouvelles compétences puisque, s'il y a des tâches déléguées, il faut s'assurer que les personnes aient les compétences et la formation nécessaires mais qu'elles aient aussi la disponibilité pour le faire. Dans certains secteurs de soins, les situations sont tendues, les gens sont en surcharge de travail, et il faut s'assurer que, lorsqu'il y a une délégation de compétences, on tienne compte de ces paramètres. Elle propose le cas échéant de modifier cet alinéa comme suit : « **Il peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins si celui-ci possède la formation et les compétences et dispose des disponibilités nécessaires pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins.** »

M. Bron dit que, pour le département, ce n'est pas le même niveau. Ce sont des questions de gestions RH. Il comprend le souci et l'intention, mais ces amendements mettent ici des principes généraux et abstraits.

M. Poggia dit qu'on ne pourra jamais obliger quelqu'un à se former pour recevoir des délégations. On a un retour plutôt de la part des professionnels de la santé qui demandent à valoriser leur propre profession en recevant des délégations qui sont valorisantes. Ils demandent à mettre en place la structure qui ne fera que concrétiser des faits qui sont déjà avérés.

La députée EAG demande si, en fonction des délégations envisagées, il y a le projet de réévaluer les salaires pour de nouvelles responsabilités et compétences. Ça devrait être sanctionné par une reconnaissance salariale.

M. Poggia dit qu'on doit certainement pouvoir les rémunérer davantage. Les professions de la santé sont en constante évolution et on essaie de faire en sorte que la rémunération constitue une attractivité. La loi est là pour dire qu'on veut faire en sorte que ces délégations trouvent un ancrage légal, car aujourd'hui ça se fait sans encadrement.

La députée EAG demande si la personne qui refuserait de se former pour recevoir des délégations pourrait voir son poste menacé ou pourrait être obligée à le faire.

M. Poggia répond qu'on ne peut pas forcer quelqu'un qui ne veut pas se former.

La députée EAG dit que c'est une chose différente de ne pas se former de manière permanente, mais il s'agit ici de transfert de compétences d'un autre métier.

M. Poggia indique que demain on résonnera autrement, car toutes les professions de la santé sont en train d'évoluer. Le département essaie de faire en sorte de maîtriser les coûts de la santé.

M. Bron souligne que, dans les soins à domicile, il y a eu un effort de formation, notamment les validations d'acquis pour avoir des ASSC formés. Tout le monde n'a pas fait la démarche, car cela représente un effort considérable, mais personne n'a perdu son emploi car il/elle refusait de rentrer dans les passerelles ASSC.

Un député S va dans le sens de la députée Ve et de la députée EAG. Il pense qu'on ne peut pas distinguer la question de la liste des professions admises de la question de la délégation des compétences et il pense que ça vaut la peine de maintenir l'amendement de la députée Ve en ce qui concerne la concertation des partenaires sociaux. Il faut que ces derniers se sentent inclus dans le processus législatif pour que tous les acteurs soient satisfaits et collaborent.

Un député PLR n'est pas favorable à introduire la place des partenaires sociaux à ce stade, celle-ci est tout le temps présente et ce serait curieux qu'on l'introduise spécifiquement ici. S'agissant de la pression que pourraient subir les personnes qui auraient accompli la formation nécessaire pour pouvoir recevoir des tâches par délégation, il rappelle que l'alinéa 5 précise que, si la personne considère que malgré tout elle n'a pas les compétences, on doit faire appel à quelqu'un d'autre. En termes de responsabilité professionnelle, la soupape est prévue. Il votera l'art. 85 tel qu'amendé par le Conseil d'Etat.

Un député PDC se rend compte de plus en plus qu'on commence à déléguer des responsabilités à des personnes qui n'ont peut-être pas la force

psychologique de les assumer, même s'ils elles ont une bonne formation. Il a peur qu'on utilise ces délégations pour faire des économies financières, dans les structures EMS notamment. C'est le grand risque que l'on a, dans le contact avec les patients. Il faut faire attention de ne pas vouloir déléguer l'entier des problèmes au bout de la chaîne. En tant que médecin, il ne veut pas déléguer sa responsabilité à une personne qui va se retrouver face à des problèmes de conscience. Il a l'impression qu'on va ouvrir une boîte de Pandore et il a peur qu'avec des bonnes idées on arrive à des catastrophes.

La députée PDC ne votera pas l'amendement sur la question des partenaires sociaux, car à ce moment-là il faut tous les indiquer et il n'y a pas de hiérarchie quant aux partenaires sociaux à consulter. Elle rappelle que toutes les associations professionnelles d'infirmières, d'ASSC, souhaitent avoir ce PL. L'histoire est de déléguer certains problèmes qui peuvent être adaptés à certains niveaux de formation. Les infirmières et les ASSC sont demandeuses de cette clarification pour avoir un périmètre. En tant qu'infirmière, ce PL est une vraie innovation. Cela fait 10 ans que ces collèges attendent cela.

M. Bron rappelle qu'on est dans un contexte de vieillissement de la population, de raréfaction relative des ressources formées pour prendre en charge les patients. On n'est pas dans un contexte où il y aura des pressions à la baisse sur les rémunérations. Il s'agit d'un effort de mieux répartir la charge que vont devoir porter les professionnels de santé. Ce qui est recherché est l'efficience du réseau de soins mais en aucun cas une pression à la baisse sur les qualifications, les rémunérations ou la qualité.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement des Verts, repris de la CGAS, de l'art. 85, al. 3 :

« Il peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins si celui-ci possède la formation et les compétences pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins en concertation avec les partenaires sociaux de la branche. »

Oui : 6 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)

Non : 9 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Abstentions : –

Le sous-amendement est refusé.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement d'Ensemble à Gauche de l'art. 85, al. 3 :

« Il peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins si celui-ci possède la formation et les compétences et dispose des disponibilités nécessaires pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins. »

Oui : 6 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)
 Non : 8 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
 Abstentions : 1 (1 PDC)

Le sous-amendement est refusé.

La présidente met aux voix l'art. 85, al. 3, ainsi amendé par le département :

Oui : 8 (2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 7 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC)
 Abstentions : –

L'amendement est accepté.

Art. 85, al. 4 :

M. Poggia indique qu'il s'agit d'un nouvel alinéa.

Un député PLR demande si, lorsqu'on parle des institutions, ce sont tous les établissements privés.

M. Bron répond que ce sont les institutions de santé, soit les institutions privées ou publiques. Un cabinet médical est considéré comme une institution.

La présidente met aux voix l'art. 85, al. 4, ainsi amendé :

Oui : 7 (2 PDC, 3 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : 7 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PLR)

L'art. 85, al. 4, tel qu'amendé est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 84, al. 5 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : –

L'art. 84, al. 5, est accepté.

Art. 85, al. 6 :

Un député PDC ne comprend pas en quoi le département doit autoriser à faire une formation.

La députée PDC dit que les formations existent, mais qu'elles ne sont pas autorisées. La loi doit autoriser le fait d'avoir une pratique étendue par rapport à certains actes ou prises de décisions. C'est une véritable avancée pour la profession, car on va légitimer le terrain et la pratique de celles et ceux qui font deux ans d'études de plus. Au Canada ou aux Etats-Unis, les infirmières en pratique avancée sont soumises à un règlement et à des autorisations de pratiquer qui ne sont pas les mêmes que pour les infirmières standard.

Une députée EAG demande quel est le statut des infirmières en pratique avancée, et demande s'il y a une différence au niveau salarial.

M. Bron dit qu'il y a des titres, mais ça ne donne pas de droit de pratiquer en toute autonomie. Il n'y a pas de réalité professionnelle fondamentalement différente. En ce qui concerne la différence salariale, il n'y en a aujourd'hui pas. On ne peut pas exercer l'entier de ce que permettraient ces formations.

La députée PDC précise qu'une infirmière spécialisée en soins intensifs sera payée une classe de plus qu'une infirmière HES sans spécialisation. Par contre, ce qu'on appelle pratique avancée est autre chose et vient avec l'exercice de compétences complémentaires.

Une députée EAG demande si ce n'est aujourd'hui pas encore sanctionné par des différences salariales.

La députée PDC répond que ça dépend. Dans certains domaines, ils vont mieux payer les infirmières qui ont un master, mais ce n'est pas systématique. C'est justement l'opportunité de formaliser cela, ça va pousser les employeurs à faire face à cette réalité.

La présidente met aux voix l'art. 85, al. 6 :

Oui : 8 (2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : 6 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)

L'art. 85, al. 6, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 85, ainsi amendé :

Oui : 7 (1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 7 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC)
 Abstentions : 1 (1 PDC)

L'art. 85, tel qu'amendé, est refusé.

Une députée PLR demande si l'art. 85 qui fait foi est celui qui s'appelle assurance responsabilité civile.

M. Poggia répond par l'affirmative. Il demande si la commission a conscience de la catastrophe qu'elle met en place.

Art. 86, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 86, al. 1 : pas d'opposition, adopté

Art. 86, al. 2 : pas d'opposition, adopté

Art. 86, al. 3 : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix l'art. 86, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : –

L'art. 86, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 87, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 87 : pas d'opposition, adopté

Section 7, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 88, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 88 :

Un député PDC aimerait qu'on explicite l'analyse de risque effectuée par le professionnel de la santé.

M. Bron dit qu'on était dans des thématiques de contrôle sanitaire. Dans la mesure où certaines institutions de santé s'annonçaient à Genève sans avoir aucun lieu de soins, on ne pouvait donc jamais examiner les plannings. On a rajouté cette disposition pour s'assurer d'avoir des locaux adaptés pour être considéré comme une institution de soins autorisée à exercer. L'analyse de risque se fait par l'évaluation de l'adéquation des locaux.

M. Poggia ajoute que le but est de pouvoir intervenir si on a des praticiens qui pratiquent dans des lieux insalubres, vétustes et indignes des règles d'hygiène actuelles.

Un député PLR demande qui définit la nécessité, l'analyse de risque nécessitant des compétences spécifiques ; c'est un métier. Il comprend qu'il faille faire une analyse de risque, mais si c'est le professionnel qui pratique dans ses locaux et qui fait l'analyse, il servira son propre intérêt.

M. Poggia dit qu'on fait des analyses de risque tous les jours. Il y a des situations limites dans lesquelles on se dit que ce n'est pas idéal pour pratiquer de la médecine et on pratique quand même en se disant que le plus apporté aux patients est supérieur à leur risque d'attraper des affections liées à l'hygiène approximative. Il dit qu'il est d'accord d'enlever cette dernière phrase si cela est souhaité.

Un député PDC propose de l'enlever car on cherche à mettre de côté les gens qui auraient sciemment des locaux non adaptés. C'est au service du médecin cantonal de dire ce qui convient ou pas. Il propose de supprimer la phrase suivante : « **Si nécessaire, une analyse de risque doit être effectuée par le professionnel de la santé.** »

Une députée EAG dit qu'elle allait proposer la même suppression, car on introduit déjà une dérogation dès la première phrase.

Un député S va dans le même sens que les deux préopinants. Il ne trouve pas cette formulation claire et demande si le professionnel de santé est vraiment habilité à juger lui-même des conditions dans lesquelles il travaille. Il estime qu'il y a un conflit d'intérêts et il soutient la suppression de la fin de l'art. 88.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du député PDC, de l'art. 88 :

« **A l'exception des soins dispensés au domicile du patient, les lieux où pratiquent les professionnels de la santé doivent répondre aux exigences de leur profession et être adaptés aux soins qui s'y déroulent.** »

Oui : 12 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR)

Non : 3 (1 UDC, 2 MCG)

Abstentions : —

Le sous-amendement est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 88, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR)
 Non : 1 (1 UDC)
 Abstentions : 2 (2 MCG, 1 PDC)

L'art. 88, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 89, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 89 : pas d'opposition, adopté

Art. 90, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 90, al. 1 :

M. Poggia dit que la responsabilité avait été discutée longuement.

Un député PLR propose d'ajouter une virgule après « professionnelle ».

M. Poggia propose l'ajoute de deux virgules, comme suit : **« Une personne qui pratique, sous sa propre responsabilité professionnelle, une profession de la santé peut se faire remplacer temporairement à son lieu de travail pour cause de formation, vacances, service militaire, congé de maternité ou pour raisons de santé. Elle en informe le département. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession. »**

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du département, de l'art. 90 al. 1 :

« Une personne qui pratique, sous sa propre responsabilité professionnelle, une profession de la santé peut se faire remplacer temporairement à son lieu de travail pour cause de formation, vacances, service militaire, congé de maternité ou pour raisons de santé. Elle en informe le département. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession. »

Oui : 10 (1 EAG, 1 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
 Non : –
 Abstentions : 5 (3 S, 1 Ve, 1 UDC)

Le sous-amendement est accepté.

Un député PDC dit qu'actuellement à Genève, un médecin ne peut pas être remplacé. Il ne peut se faire remplacer que s'il est absent durant 6 mois.

M. Bron dit que c'est possible, tant que la personne a un droit de pratique à Genève.

Un député PLR dit que la loi existe déjà. On a juste rajouté la responsabilité professionnelle par rapport à la loi actuelle.

M. Poggia dit ne pas savoir sur quelle base le médecin n'a pas pu être remplacé.

Un député PLR dit que, selon sa compréhension, la différence entre la loi et le cas du médecin est la question de savoir qui est la personne qui remplace. Il pense que tout le monde a raison ici mais ne parle pas de la même chose.

Art. 90, al. 2 : pas d'opposition, adopté

Une députée EAG demande si on reste dans le même champ de compétence car la formulation porte à confusion.

M. Bron n'arrive pas à imaginer le cas de figure. C'est la loi actuelle. Ce sont des choses qui se pratiquent beaucoup dans d'autres pays. Ce sont des cas de rigueur, d'extrême nécessité, où la continuité de la prise en charge l'emporte.

Une députée EAG dit que c'est bizarre à la lecture.

Art. 90, al. 3 : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix l'art. 90, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : 1 (1 UDC)

Abstentions : –

L'art. 90, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 91, al. 1, al. 2 et al. 3 : pas d'opposition, adopté

Art. 92

Un député Ve demande si, légalement, « **peut-être appelé** » signifie que le professionnel de la santé, s'il est appelé, est obligé de venir. Il se demande si c'est la peine de le préciser.

M. Bron répond à la première question par l'affirmative. Cette formulation est actuelle et ne pose aucun problème dans la loi.

M. Poggia répond qu'il peut, mais s'il l'est, il doit venir.

Art. 92 : pas d'opposition, adopté

Art. 93

M^{me} Etienne dit que la nouveauté est partielle, les alinéas 1 et 2 existent dans la loi actuelle. Ils ont ajouté l'alinéa 3 qui existe dans le règlement sur les professions de la santé pour mettre au niveau de la loi que les professionnels de la santé doivent se conformer aux bonnes pratiques professionnelles en vigueur.

Art. 93, al. 1, al. 2 et al. 3 : pas d'opposition, adopté

Section 8, titre : pas d'opposition adopté

Art. 94, al. 1, al. 2 et al. 3 : pas d'opposition, adopté

Art. 95, al. 3

M^{me} Etienne dit qu'un professionnel de la santé en formation exerce sous surveillance professionnelle. On aimerait pouvoir cadrer pour qu'un professionnel de la santé qui se forme ne reste pas éternellement étudiant et contourne la clause du besoin pour facturer en son nom propre.

M. Bron ajoute qu'une disposition fait que, quand on est en formation, on peut bénéficier d'un droit de pratiquer au titre du fait qu'on est en formation. On le précise pour éviter les abus avec des médecins en formation pendant 15 ans, ce qui a pu être le cas dans le passé.

Un député PLR n'a pas compris cette explication. Il comprend qu'un étudiant éternel est impossible, mais il demande ce qui est entendu par les cas exceptionnels.

M. Bron répond que, quand on est sous surveillance professionnelle, on n'a pas besoin d'un droit de pratique personnel et on précise qu'on ne peut pas être sous surveillance professionnelle au titre d'une formation ad aeternam. On ne peut pas mettre de limite stricte avec un nombre d'années car cela dépend des formations postgraduées.

Un député PLR comprend la première partie qui consiste à mettre une limitation à la formation, mais il ne comprend pas quels sont les cas exceptionnels mentionnés à la fin de l'alinéa 3.

M. Bron dit qu'on peut imaginer des gens qui changent de formation ou entament une deuxième formation pour des raisons qui seraient valables. Il faut se laisser une marge d'appréciation.

M. Poggia dit qu'il peut y avoir un cas qui a perdu un proche et qui pour ce motif a dû prolonger sa formation. Il peut y avoir des parcours personnels différents qui expliquent que la personne est là plus longtemps qu'elle aurait

dû sans pour autant que ce soit une façon détournée de continuer à travailler en échappant à la clause du besoin.

Un député PDC trouve que cet alinéa 3 est très vague et il se demande s'il est utile de mettre cela dans la loi. Il n'y a pas de durée moyenne, on ne sait pas quels sont les cas exceptionnels.

M. Poggia dit que la surveillance et la sanction des abus doivent avoir une base légale. L'alinéa 1 précise que le professionnel de la santé en formation peut pratiquer et facturer sous le numéro de reconnaissance LAMal de celui qui a la surveillance sur lui. Si ce dernier a des étudiants éternels qui travaillent et facturent pour lui pour des revenus qui lui parviennent, il n'y a plus la contre-prestation de la formation puisque la personne est là éternellement. La règle doit prévoir la sanction si elle n'est pas respectée. Si on ne mettait pas que les exceptions sont possibles, cela veut dire que l'administration doit systématiquement sanctionner.

M. Bron dit que pour eux l'utilité est pratique et immédiate, car intervenir sans base légale face à une institution qui dit que la personne est toujours en formation est très délicat.

Un député PDC demande si l'alinéa 2 n'est pas suffisant.

M. Poggia dit que c'est la base légale qui donne la compétence au Conseil d'Etat de limiter ce qui pourrait être invoqué par un professionnel de la santé au titre de sa liberté économique. Il faut que le Conseil d'Etat puisse fixer des limites. L'alinéa 3, c'est vis-à-vis de la personne formée elle-même pour qu'elle ne prétende pas indéfiniment être formée. L'alinéa 2, c'est à l'égard de la personne qui forme.

Un député PDC dit que l'alinéa 2 fixe la durée de la formation et l'alinéa 3 dit que, si elle est dépassée, il faudra la juger, mais des cas exceptionnels seront admis. Il trouve qu'il y a une contradiction.

M^{me} Etienne répond que l'alinéa 2 précise que dans telle institution, ils peuvent former les gens pendant une ou deux années, mais ça ne fixe pas la durée globale de formation du professionnel.

Un député PLR trouve qu'il y a deux définitions de la formation. Il y a l'alinéa 2, où l'on voit que le Conseil d'Etat fixe la durée de la formation. A l'alinéa 3, il y a un autre sens qui concerne la personne qui est en formation. Mais on donne la définition de la durée de formation comme ordinaire et il demande pourquoi ne pas se référer à la durée de formation telle que définie à l'alinéa 2, ainsi on aurait un cadre plus précis.

M^{me} Etienne répond que c'est parce que l'alinéa 2 permet au département de déterminer ce qu'on admet comme durée de formation dans une institution, ce ne sera pas la durée de formation globale.

M. Poggia précise que si un cursus représente cinq ans de formations, on décide que telle institution ne peut garder une personne en formation que deux ans sur les cinq ans. L'alinéa 2 n'est pas la durée maximale de la formation mais la durée admise auprès d'un formateur pour assurer une formation qui soit complète, car chaque formateur a ses spécialisations et on veut avoir une palette de formateurs suffisamment large pour avoir une formation significative.

Un député PLR dit que ce n'est pas ce qui est écrit. Par exemple, pour faire une spécialisation en cardiologie, il faut faire tant d'années mais à l'alinéa 2 est défini par profession et pas par l'institution.

M^{me} Etienne précise qu'il faut le lire en un tout. Il ne faut pas séparer la durée de la formation selon la profession et de l'autre côté le nombre de personnes admises. L'alinéa 2 est destiné à pouvoir déterminer, en fonction de l'institution, la durée pendant laquelle ils sont admis comme étant formateurs.

Le député PLR demande où est indiqué que c'est en fonction de l'institution.

M. Poggia répond que c'est le professionnel autorisé.

Un député PDC dit que c'est une formation au niveau fédéral. C'est à ce niveau-là que l'on décide de la durée de la formation.

M. Poggia répond par l'affirmative, mais, s'il faut cinq ans au niveau fédéral pour une formation, on peut dire auprès de tel médecin privé formateur qu'il ne peut pas faire les cinq ans. On veut que les personnes aient plusieurs formateurs, car le changement de formateur fait partie de la richesse de la formation.

Le député PDC demande s'il ne faut pas dire « **le nombre de personnes en formation dont peut être responsable un professionnel en pratique privée** » et ôter la référence de la pratique hospitalière.

M. Bron dit que cet alinéa 2 est peut-être moins pertinent en 2020 qu'en 2006. Il y a de plus en plus de professions dont les cursus de formation sont réglés exclusivement au niveau fédéral, mais pour les autres formations il faut une compétence pour le canton de déterminer qui forme ces professions. Cela permet au Conseil d'Etat de dire ces éléments qui sont prévus par l'alinéa 2. Ils ont repris la formulation actuelle et elle aurait effectivement pu être actualisée mais elle n'est ni problématique ni contraire à l'alinéa 3.

Un député PDC répond que c'est le cas, car si une personne re-postule quatre fois de suite en pratique privée, le département peut lui dire stop au bout de deux ans et elle a épuisé ses années en pratique privée. Il est gêné par l'alinéa 3. Il a compris qu'ils font une différence entre la personne et l'institution, mais si la personne est cadrée et qu'elle sait qu'elle a tant d'années et pas une de plus pour sa formation en pratique privée, si elle a épuisé ses années, c'est fini.

M^{me} Etienne dit qu'il y a des cas où des praticiens avec des diplômes étrangers passent de cabinet en cabinet. On accepte qu'ils aient dépassé le temps usuel pour leurs études mais on leur demande un plan d'étude. Néanmoins, eux disent que le département n'a pas de bases légales et ne peut pas leur retirer leur autorisation de pratiquer, car ils n'ont pas un délai fixe pour terminer leurs études.

Art. 95, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 95, al. 1 : pas d'opposition adopté

Art. 95, al. 2 : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix l'art. 95, al. 3 :

Oui : 13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : —

Abstentions : 1 (1 PDC)

L'art. 95, al. 3, est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 95 ainsi amendé :

Oui : 13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : —

Abstentions : 1 (1 PDC)

L'art. 95, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 96 : pas d'opposition, adopté

Art. 97, al. 1 et al. 2

M^{me} Etienne dit que cela concerne les pratiques complémentaires. Cette partie a été un peu remaniée et, à l'art. 97, on demande aux médecins qui effectuent des prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire de s'annoncer, et les autres n'ont pas besoin de s'annoncer au département mais on leur liste des règles à respecter.

M. Poggia rappelle qu'ils avaient entendu le président de RoMédCo, qui leur a expliqué qu'il y a de tout dans les professions complémentaires. Il y a des gens sérieux et des charlatans, car dans le système actuel on tient un registre. Les gens peuvent s'annoncer et ils reçoivent une lettre le confirmant, ce qui permet d'afficher dans leur salle d'attente la lettre du département indiquant qu'ils sont reconnus par le canton de Genève. On ne veut plus que l'Etat mette en jeu sa propre crédibilité. Pour les pratiques complémentaires prises en charge par la LAMal, il faut qu'il y ait un contrôle. Pour les autres, on met des règles qui permettent de faire une interdiction de pratiquer. Aujourd'hui, le terme de pratiques complémentaires est utilisé inégalement, car il y a la médecine complémentaire reconnue par la LAMal et qui a fait ses preuves, et il y a tous ceux qui s'autoproclament avoir des connaissances en médecine complémentaire.

Un député PLR demande pourquoi un médecin qui pratique des prestations de médecine complémentaire déjà reconnues comme étant à charge de l'AOS doit les annoncer au département. Il demande pourquoi au département et pas au médecin cantonal. Il demande enfin, au sujet de l'alinéa 2, si les autres professionnels ne devraient pas également s'annoncer au département, car finalement on fixe un cadre dans la loi mais qui va vérifier que les personnes ne sont pas dangereuses. C'est problématique, car dans toute l'histoire de la médecine la première question scientifique posée est de savoir si on est sûr de ne pas faire plus de mal que de bien. Dans l'univers des médecines complémentaires, il y en a qui sont potentiellement dangereuses et, selon cet article, il n'y a pas besoin de s'annoncer et il n'y a aucun contrôle.

M. Poggia dit que, dans l'alinéa 1, il faut qu'il y ait une annonce pour qu'il y ait un contrôle, car ce sont des médecins qui facturent à charge de la LAMal. Il faut qu'on puisse vérifier qu'ils aient les compétences. Ils ont mis le département dans toute la loi, car c'est une pratique légistique, mais c'est effectivement le service du médecin cantonal qui s'en occupe. En ce qui concerne les autres professionnels, s'annoncer signifie un devoir de contrôle et ils n'ont aucune faculté de contrôler quoi que ce soit, c'est un leurre. Cela fait partie de la liberté de chacun d'avoir des thérapies qui sont parfois originales et qui peuvent faire beaucoup de bien. Ils ne veulent pas qu'ils s'annoncent, car c'est une fausse sécurité que le département ne veut plus assumer.

Une députée EAG se demande par rapport à la tarification, pour les autres professionnels qui relèvent de l'alinéa 2, s'il y a une totale latitude et aucun contrôle qui se fait ; les seuls critères sont ceux trouvés aux lettres a, b, c et d. Elle en déduit que la FRC interviendrait.

M. Poggia répond par l'affirmative. La FRC interviendrait le cas échéant, néanmoins ces personnes sévissent rarement à grande échelle ; donc la FRC ne s'en saisit pas. Mais si quelqu'un pratique des prix exorbitants, soit il profite de personnes incapables de discernement, et là il y a des dispositions pénales qui interviennent, soit ça fait partie des libertés de chacun de se faire avoir. Il souligne que l'abus de détresse intervient aussi dans le cas de quelqu'un qui a l'ascendant psychologique sur une autre personne tout à fait capable de discernement.

Un député PDC ne comprend pas pourquoi, à l'alinéa 1, le médecin qui fait des pratiques complémentaires doit s'annoncer alors que ce n'est pas le cas pour les autres médecins. Pour être reconnu et remboursé par les assurances-maladie, il faut posséder les diplômes nécessaires, il ne peut pas facturer une prestation s'il n'a pas la formation pour la facturer. Il indique que le contrôle est déjà fait au niveau de la facturation.

M. Poggia dit que l'obligation d'annonce doit être distinguée de la faculté de se faire rembourser par la LAMal. A supposer qu'un médecin ne s'annonce pas pour une médecine complémentaire remboursée par la LAMal, ce ne serait pas une condition qui pourrait être invoquée par l'assurance pour ne pas le rembourser. Par contre, il y aurait une sommation de s'enregistrer. Tous les médecins sont enregistrés. Il est utile de savoir qui sont les médecins qui pratiquent les médecines complémentaires, mais c'est à l'assurance de vérifier s'ils sont remboursés ou pas. Cela fait partie de la protection du consommateur et c'est une sécurité que le canton s'intéresse à savoir si le médecin a la formation requise.

Un député PDC dit que d'un côté ils surveillent les médecins, qui de toute façon sont surveillés par leur société, et que de l'autre côté le reste de la population fait tout et n'importe quoi en médecine et en soins. La majorité des médecins sont obligés de s'annoncer à l'assurance-maladie pour pratiquer.

M. Bron indique que la formulation jusqu'à maintenant ne permettait aucune prise pour le contrôle effectif de ces pratiques complémentaires. La systématique proposée est de dire que là où on peut prendre des mesures, c'est-à-dire quand ce sont des médecins qui pratiquent des médecines complémentaires, ils sont reconnus par l'assurance obligatoire des soins et là on peut prendre des mesures. Dans les autres cas, on ne peut pas prendre ces mesures-là et on dit qu'il faut respecter des règles et, le cas échéant, on peut prendre des mesures provisionnelles en leur interdisant l'exercice de leur pratique complémentaire. Mais ce ne sera pas une mesure liée au droit de la santé, car ce ne sont pas des professionnels de santé reconnus.

Un député S demande, par rapport à la lettre d de l'alinéa 2, comment cela se passe pratiquement pour savoir si le patient a été dûment informé et s'il doit signer une décharge.

M. Poggia répond qu'il s'agit d'une règle générale qui s'applique à l'ensemble des personnes agissant sur la santé. Ils doivent informer les patients des avantages et inconvénients de la pratique, le cas échéant leur dire si c'est couvert ou non par une assurance. On ne va pas vérifier en amont si chaque patient a bien donné son consentement, mais le fardeau de la preuve doit être supporté par le thérapeute. Si le patient se plaint d'avoir consulté un praticien complémentaire qui ne lui a pas dit que la thérapie avait des effets néfastes, c'est à lui de démontrer qu'il a bien informé le patient des risques et qu'ils ont été acceptés.

Un député UDC dit qu'on a eu la création d'un diplôme fédéral pour naturopathes qui s'est assorti dans certains cantons d'un droit de pratique ; des personnes se sont battues pour sa reconnaissance au niveau fédéral. Il n'y a pas de droit de pratique à Genève et on se retrouve avec toutes les personnes qui sont dans ce domaine qui se mettent sous l'étiquette de naturopathe, dont seulement une dizaine pourrait prétendre à l'utilisation de ce titre. Il demande pourquoi il n'y a pas de droit de pratique à Genève pour ce type de médecine complémentaire.

M. Bron indique que la RoMédCo avait évoqué cette thématique-là, car des corporations font reconnaître certains cursus. On n'a pas prévu de reconnaître ce genre de chose en les sanctionnant par un droit de pratique au niveau cantonal, car on n'a pas de recul suffisant sur la qualité de ces formations.

M. Poggia ajoute que ces professionnels ont une pratique complémentaire et décident de donner une sécurité, leur étape suivante sera de se faire reconnaître dans le cadre des professions remboursées par la LAMal et c'est une marche légitime vers une reconnaissance. Les naturopathes sont convaincus que leur pratique est bénéfique dans certaines situations et ils souhaiteraient faire partie de la liste des thérapeutes complémentaires remboursés par la LAMal. La première étape est de s'assurer que ceux qui se déclarent naturopathes répondent à un niveau équivalent de connaissances professionnelles pour garantir le titre. Cela ne veut pas dire que c'est une profession qui sera reconnue par qui que ce soit. Il faut faire la part des choses concernant cette démarche louable, mais ça ne veut pas dire que le canton doit les reconnaître car cela devrait dire qu'ils devraient vérifier s'ils ont bien été reconnus par l'association nationale des naturopathes ; il demande donc en quoi le rôle de l'Etat serait une valeur ajoutée par rapport au contrôle professionnel.

Le député UDC dit que le souci est qu'il y a des prérogatives qui sont liées à ce diplôme mis en place au niveau fédéral. Ceux qui ont passé ce diplôme ont théoriquement des possibilités de pratiques qui finalement leur sont interdites sur le canton de Genève car leur diplôme n'est pas reconnu.

M. Poggia dit que les naturopathes à Genève peuvent pratiquer la naturopathie, mais, s'ils pratiquent des actes normalement réservés à d'autres professionnels de la santé, le département doit intervenir. Le fait qu'on reconnaisse l'existence d'un diplôme de naturopathie ne leur permettrait pas pour autant de faire des injections pour lesquelles il faudrait des compétences reconnues au niveau national.

Un député PLR a une proposition d'amendement pour l'alinéa 2 : « **Les autres praticiens de pratique complémentaire exercent uniquement si : a) ils disposent d'une formation et de l'expérience nécessaires ;** »

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du député PLR à l'art. 97, al. 2 :

« **Les autres praticiens de pratique complémentaire exercent uniquement si : a) ils disposent d'une formation et de l'expérience nécessaires ;** »

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : –

Abstentions : –

L'amendement est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 97, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : –

Abstentions : –

L'art. 97, tel qu'amendé, est accepté.

La présidente met aux voix l'abrogation de l'art. 98 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : –

Abstentions : –

L'art. 98 est abrogé.

Chapitre 11, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 127, al. 7

M^{me} Etienne précise que c'est une adaptation à ce qui a été modifié avant. On veut pouvoir interdire la pratique complémentaire ainsi que l'exercice de la profession d'auxiliaire de soins.

M. Poggia indique que l'on ajoute les mêmes mesures que l'on prend pour d'autres. Il s'agit de pouvoir intervenir à titre de mesure provisionnelle pour faire interdire ces personnes qui présenteraient un danger dans la poursuite de leur activité.

Un député PLR demande si cela ne concerne que les pratiques complémentaires.

M. Bron répond que cela concerne les pratiques complémentaires et la profession d'auxiliaire de soins.

Un député PLR demande quelles sont les voies de recours.

M^{me} Etienne répond qu'il s'agit de la Chambre administrative.

Un député S demande pourquoi à l'alinéa 1 il y a une gradation des autorités compétentes et il demande ce qu'il se passe si le médecin et le pharmacien cantonaux sont en désaccord.

M. Poggia répond que c'est l'un ou l'autre, c'est selon leurs compétences et ils ne doivent pas être conjointement d'accord. En ce qui concerne la gradation, plus la sanction est importante, plus l'on monte hiérarchiquement et la commission de surveillance est l'autorité qui a le plus de pouvoir.

Art, 127, al. 7 : pas d'opposition, adopté

Art. 127, ainsi amendé : pas d'opposition adopté

Art. 128

M^{me} Etienne dit que ce sont des modifications cosmétiques. Ils ont remplacé le droit de pratiquer par l'autorisation de pratiquer dans toute la loi.

Un député PLR demande si c'est de la cosmétique ou si la portée est différente entre un droit de pratique et l'autorisation de pratiquer.

M. Poggia répond que le terme droit de pratiquer est impropre. On a le droit de pratiquer lorsque l'on a l'autorisation de pratiquer. L'acte administratif est d'autoriser.

Art. 128 : pas d'opposition, adopté.

Art. 129, al. 1, lettre a

M. Bron indique qu'il s'agit de l'ajout de la notion de pratique complémentaire et d'auxiliaire de soins dans les dispositifs qui existent déjà dans la loi sur la santé.

Un député PLR demande si on parle du droit d'exercer ou de l'autorisation d'exercer une pratique.

M^{me} Etienne dit qu'il n'y a pas d'autorisation formelle pour exercer ces professions-là, donc on peut limiter ou interdire.

M. Poggia précise que, quand il n'y a pas d'autorisation, on ne peut pas la retirer. Par contre, si la personne représente un danger, on peut lui dire stop. Il précise que, là, on a un droit. Pour les professions de la santé dans lesquelles il faut une autorisation, le droit ne naît que s'il y a autorisation, mais dans d'autres activités on a le droit de le faire tant que la loi ne l'interdit pas.

Le député PLR se demandait si cela concernait tous les praticiens. Dès lors qu'on indique les critères sur la base desquels une personne pourrait être sanctionnée, il se demande si on ne se contredit pas par rapport à l'article précédent.

M. Poggia dit que c'est un contrôle en aval ou a posteriori ; si on se rend compte que la pratique est dangereuse, on considère que la protection du patient impose d'intervenir. Si l'on n'a pas cette disposition, on ne peut rien faire. C'est soit le droit pénal, soit il n'y a rien.

Un député PLR demande si la CSPSPD serait compétente et comment se ferait le signalement.

M. Bron répond que, s'il ne s'agit pas de professionnels de la santé, la CSPSPD ne sera pas compétente. La disposition renforce l'art. 128. La nouvelle proposition enlève ce qui était redondant avec le droit pénal. Il n'y a pas de contrôle systématique, c'est sur dénonciation ou plainte auprès du département.

Le député PLR demande si le droit de dénonciation des pratiques complémentaires est précisé dans la loi.

M. Poggia répond que le département est l'autorité sanitaire et qu'elle est responsable de tout ce qui touche à la santé. Ce n'est pas le fait qu'on mette dans la loi qu'on a le droit de dénoncer qui fait que les gens vont dénoncer, ils le font déjà. On protège les gens face à une situation qui n'est pas aussi claire pour tout le monde. Quand quelqu'un est victime d'un thérapeute, il écrit au département.

M. Bron ajoute que c'est précisément cette disposition qui crée ce droit puisque le département va agir ; c'est pertinent de s'adresser à lui.

Une députée EAG a de la peine à distinguer les articles 128 et 129. Elle comprend qu'il y aurait une double sanction, à la fois sur la pratique complémentaire et sur sa fonction initiale d'auxiliaire de soins, ce qui ne serait pas le cas pour un professionnel de la santé.

M. Bron dit que ça s'applique à ceux qui font les pratiques complémentaires ou aux auxiliaires de soins. Les auxiliaires de soins sont cette fonction qu'on crée avec l'art. 85, ils ne sont pas forcément des professionnels de santé et ils ne sont pas concernés par l'art. 128.

M^{me} Etienne ajoute que, pour une auxiliaire de soins qui ferait des pratiques complémentaires, on regarde quelle activité est problématique et on prend une décision en fonction de l'activité. L'art. 129 inclut des sanctions possibles soit pour ceux qui pratiquent des pratiques complémentaires, soit pour les auxiliaires de soins.

M. Poggia propose l'amendement suivant, à l'art. 129, al. 1 : « **Le département peut limiter ou interdire le droit d'exercer une pratique complémentaire ou une activité d'auxiliaire de soins.** »

Un député PLR dit que de mémoire, la notion d'auxiliaire de soins dans ce PL n'existe qu'à l'art. 85 qui n'a pas été adopté.

M. Poggia répond qu'on reviendra là-dessus au 3^e débat.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du DSES à l'art. 129, al. 1 :

« **Le département peut limiter ou interdire le droit d'exercer une pratique complémentaire ou une activité d'auxiliaire de soins.** »

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : –

Abstentions : –

L'amendement est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 129, al. 1 lettre a, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : –

Abstentions : –

L'art. 129, al. 1 lettre a, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 2 : pas d'opposition, adopté

Art. 8, titre : pas d'opposition adopté

Art. 8 : pas d'opposition, adopté

Art. 3 : pas d'opposition adopté

La présidente annonce que le 2^e débat est terminé.

3^e débat

Un député PLR indique que l'art. 85 n'a pas été adopté et on se retrouve avec la disposition d'origine qui vide cette loi d'une substance importante.

Une députée EAG dit que dans les rangs d'EAG, il y avait de fortes réserves concernant l'art. 85 al. 3. Ils reviennent avec un amendement au 3^e débat qui est le suivant : « **Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins que si celui-ci possède la formation et les compétences pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins en concertation avec les associations professionnelles et les partenaires sociaux de la branche.** »

Une députée PDC dit que la proposition lui convient.

M. Poggia précise que lors du 2^e débat, les autres alinéas avaient été acceptés mais l'article dans son entier avait été refusé.

Art. 85, titre : pas d'opposition, adopté

Art. 85, al. 1 : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du député PLR de l'art. 85, al. 2 :

« **Le professionnel de la santé doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient, d'un autre professionnel de la santé ou de tout tiers.** »

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : –

Abstentions : –

L'amendement est accepté.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement de la députée EAG de l'art. 85, al. 3 :

« Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins que si celui-ci possède la formation et les compétences pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins en concertation avec les associations professionnelles et les partenaires sociaux de la branche. »

Oui : 13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 2 MCG)

Non : —

Abstentions : 1 (1 PLR)

L'amendement est accepté.

Art. 85, al. 4

M. Poggia indique que le département propose un amendement pour un nouvel al. 4, qui avait été accepté : **« La direction générale de la santé valide la procédure de délégation mise en place au sein des institutions. »**

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du DSES de l'art. 85, al. 4 :

« La direction générale de la santé valide la procédure de délégation mise en place au sein des institutions. »

Oui : 13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 2 MCG)

Non : —

Abstentions : 1 (1 PLR)

L'amendement est accepté.

Art. 85, al. 5 : pas d'opposition, adopté

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du DSES de l'art. 85, al. 6 :

« Dans certaines situations, le département peut autoriser des pratiques infirmières avancées. La direction générale de la santé valide les formations dispensées en matière de pratiques infirmières avancées. »

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : —

Abstentions : —

L'amendement est accepté.

La présidente met aux voix l'art. 85, ainsi amendé :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG)

Non : –

Abstentions : –

L'art. 85, tel qu'amendé, est accepté.

Discussions finales et vote

Une députée PDC dit que le PDC soutiendra ce PL tel qu'amendé. Il permet de poser un cadre plus clair pour ce qui est des nouvelles pratiques et elle se réjouit que les pratiques infirmières avancées existent enfin dans la législation genevoise.

Un député PLR indique que le groupe PLR votera également ce PL qui offre des avancées intéressantes. Cela permet d'amener une série de clarifications dans la pratique. Ce PL donne un cadre qui permet la reconnaissance à des professionnels qui vont pouvoir s'appeler auxiliaires de soins et travailler dans un cadre plus valorisant et mieux contrôlé. Il y a également la clarification concernant les pratiques complémentaires qui constitue une avancée et qui fait que le PLR votera ce PL.

Une députée EAG indique que son groupe salue les clarifications apportées par ce PL. Ils ont été particulièrement attentifs à la notion de pratique avancée qui constitue un progrès et un intérêt ajouté à une profession existante. Au même titre que pour les auxiliaires de soins, ils avaient la préoccupation qui était celle d'éviter qu'il ait des transferts de compétences qui soient moins dictés par la volonté de reconnaître certaines compétences mais plutôt par une recherche d'économies, ce qui explique la mention d'une concertation avec les associations de professions et les partenaires sociaux pour s'assurer que ce soit bien l'intérêt de la définition des métiers qui guide ces nouvelles fonctions. Ils sont favorables à ce PL qu'ils soutiendront.

Un député S dit que le PS salue l'aboutissement de ce PL et remercie le personnel du département qui a travaillé à faire avancer les discussions dans un esprit constructif. Le PL offre un cadre plus clair pour les nouvelles pratiques. Son parti était soucieux que les nouvelles professions non reconnues jusqu'à présent soient reconnues grâce à des délégations de compétences et des revalorisations salariales. Il y a eu une discussion sur l'articulation entre le travail des métiers de la santé et les métiers du travail social qui préoccupe beaucoup le groupe socialiste dans un souci que la santé soit accessible à tous dans les meilleures conditions.

Une députée Ve indique que les Verts soutiendront ce PL dans son ensemble et ils saluent les ajouts qui ont été faits notamment à l'art. 85, al. 3.

Un député MCG dit que le MCG soutiendra ce PL. Il est important d'avoir un PL qui permettra d'éviter de soi-disant praticiens et de pouvoir faire reconnaître des diplômes douteux. Ce PL permet de clarifier et de valoriser des métiers et donc le MCG soutiendra ce texte tel que voté.

Vote final

La présidente met aux voix le PL 12423, ainsi amendé :

Oui :	13 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG)
Non :	–
Abstentions :	1 (1 PDC)

Le PL 12423, tel qu'amendé, est accepté.

Synthèse

Le PL 12423 est une modification de la loi sur la santé (LS) (K 1 03). Elle comporte 3 volets :

- 1) Une adaptation à la nouvelle loi fédérale sur les professions médicales universitaires impliquant la réduction à deux catégories de professionnels (sous sa propre responsabilité et sous la responsabilité d'autrui). Le PL adopte les critères pour les autorisations de pratique (exigence linguistique) et clarifie la règle pour maintenir ses autorisations de pratique après 70 ans.
- 2) La formalisation des délégations entre professionnels de la santé et délégations à des non-professionnels de la santé. Cette formalisation a été largement saluée lors des différentes auditions, permettant de sortir de la zone grise dans laquelle nous nous trouvons. Les débats ont porté sur la responsabilité, l'encadrement, la formation et la rémunération de ces délégations. L'objectif a été de trouver un équilibre permettant d'améliorer la prise en charge des patients/pensionnaires en clarifiant les conditions de pratique professionnelle et en ouvrant la voie à de nouveaux métiers.

La commission a également étudié l'impact des délégations pour les institutions pour personnes en situation de handicap.

- 3) Une revue structurelle de la loi pour en simplifier la compréhension.

Le PL 12423 a été largement soutenu par la commission avec une abstention et sans aucun refus. Nous vous recommandons donc son adoption.

Projet de loi (12423-A)

modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (*Professions de la santé*)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Art. 1 Modifications

La loi sur la santé, du 7 avril 2006, est modifiée comme suit :

Section 1 Champ d'application (nouvelle teneur) du chapitre VI

Art. 71 Professions soumises (nouvelle teneur de la note), al. 3 et 4 (nouvelle teneur)

³ Tout soin qui, compte tenu de la formation et de l'expérience requises pour le prodiguer, relève spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi ne peut être fourni que par une personne au bénéfice d'une formation reconnue lui permettant d'exercer ladite profession.

⁴ Le Conseil d'Etat établit périodiquement par voie réglementaire la liste des professions soumises au présent chapitre ainsi que les conditions spécifiques de leur autorisation de pratiquer, notamment le titre requis.

Art. 71A (abrogé)

Art. 72 Catégories de professionnels (nouvelle teneur)

La présente loi distingue les professionnels de la santé :

- a) qui exercent sous leur propre responsabilité professionnelle;
- b) qui exercent sous surveillance professionnelle.

Art. 72A (abrogé)

Section 2 Autorisation de pratiquer (nouvelle teneur, du chapitre VI à déplacer avant l'art. 73)

Art. 73 Principe (nouvelle teneur, avec modification de la note)

¹ Une personne n'a le droit de pratiquer une profession de la santé que si elle est au bénéfice d'une autorisation de pratiquer délivrée par le département ou

a suivi le processus d'annonce prévu par la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006 (ci-après : la loi fédérale sur les professions médicales).

² Le département peut renoncer à délivrer une autorisation de pratiquer aux professions médicales universitaires médicales s'exerçant sous la surveillance professionnelle d'un professionnel de la santé autorisé à pratiquer la même discipline et qui suivent une formation postgrade.

³ En vertu de la loi fédérale portant sur l'obligation des prestataires de services de déclarer leurs qualifications professionnelles dans le cadre des professions réglementées et sur la vérification de ces qualifications, du 14 décembre 2012, les professionnels de santé ayant acquis leurs qualifications à l'étranger et désirant fournir des prestations en Suisse pour une période maximale de 90 jours civils doivent s'annoncer.

Art. 74 Autorisation de pratiquer (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ L'autorisation de pratiquer est délivrée au professionnel de la santé :

- a) qui possède le diplôme ou le titre requis en fonction de la profession ou un titre équivalent reconnu par le département;
- b) qui ne souffre pas d'affections physiques ou psychiques incompatibles avec l'exercice de sa profession;
- c) qui possède les connaissances nécessaires en français;
- d) qui, en Suisse ou à l'étranger, n'est pas frappé d'interdiction de pratiquer temporaire ou définitive ou ne fait pas l'objet de sanction administrative ou de condamnation pénale pour une faute professionnelle grave ou répétée ou pour un comportement indigne de sa profession;
- e) dont la pratique, en Suisse ou à l'étranger, n'engendre pas un risque sérieux de mise en danger de la santé ou de la vie des patients.

² Lorsque le professionnel de la santé est au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans un autre canton, le département peut lui demander de lui fournir une copie conforme et actuelle de cette autorisation.

³ Le Conseil d'Etat établit la liste des documents à joindre à la demande d'autorisation de pratiquer.

Art. 75 Durée de l'autorisation de pratiquer (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ L'autorisation de pratiquer s'éteint lorsque le professionnel de la santé atteint 70 ans et il est radié du registre.

² Si le professionnel de la santé entend pratiquer au-delà de 70 ans, il doit en faire la demande en présentant un certificat médical. Dans ce cas, l'autorisation de pratiquer peut être prolongée pour 3 ans, puis tous les 2 ans.

Art. 76 Inscription dans les registres (nouveau)

¹ Le département tient un registre dans lequel sont inscrites, par profession, les autorisations délivrées, ainsi que les annonces et déclarations enregistrées.

² Les registres sont publics.

³ Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont tenus d'informer le département de tout fait pouvant entraîner une modification de leur inscription.

Section 3 Professions médicales universitaires (nouvelle du chapitre VI teneur, à déplacer avant l'art. 77)**Art. 77 Loi fédérale sur les professions médicales (nouveau)**

En plus de la présente loi, les dispositions de la loi fédérale sur les professions médicales sont applicables aux professions suivantes : médecin, médecin-dentiste, chiropraticien, pharmacien et vétérinaire.

Art. 78 Devoirs professionnels (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Les devoirs professionnels cités à l'article 40 de la loi fédérale sur les professions médicales s'appliquent aux professionnels exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle et sous surveillance professionnelle au sens de l'article 72 de la présente loi.

² Les professionnels de la santé exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle doivent être couverts par une assurance-responsabilité civile professionnelle.

Section 4 Psychologues (nouvelle) du chapitre VI

Art. 79 Loi fédérale sur les professions de la psychologie (nouvelle teneur avec modification de la note)

En plus de la présente loi, les dispositions de la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie, du 18 mars 2011, (ci-après : la loi sur les professions de la psychologie), sont applicables aux psychologues.

Art. 80 Devoirs professionnels (nouvelle teneur)

¹ Les devoirs professionnels cités à l'article 27 de la loi fédérale sur les professions de la psychologie s'appliquent aux professionnels exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle et sous surveillance professionnelle au sens de l'article 72 de la présente loi.

² Les professionnels de la santé exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle doivent être couverts par une assurance-responsabilité civile professionnelle.

Art. 80A (abrogé)

Section 5 Autres professions de la santé (nouvelle) du chapitre VI

Art. 81 Devoirs professionnels (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Les devoirs professionnels prévus à l'article 40 de la loi fédérale sur les professions médicales s'appliquent par analogie et sauf disposition contraire aux autres professionnels de la santé.

² Les professionnels de la santé exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle doivent être couverts par une assurance-responsabilité civile professionnelle.

Section 6 Devoirs professionnels complémentaires **du chapitre VI (nouvelle)**

Art. 82 Respect de la dignité humaine et de la liberté du patient **(nouvelle teneur avec modification de la note)**

¹ Le professionnel de la santé doit veiller au respect de la dignité et des droits de la personnalité de ses patients.

² Dans le cadre de ses activités, le professionnel de la santé s'abstient de tout endoctrinement des patients.

Art. 83 Libre choix (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Le professionnel de la santé est libre d'accepter ou de refuser un patient dans les limites déontologiques de sa profession. Il a toutefois l'obligation de soigner en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient.

² Lorsque les intérêts du patient l'exigent, le professionnel de la santé a l'obligation de collaborer avec l'ensemble des autres professionnels.

Art. 84 Objection de conscience (nouvelle teneur avec modification **de la note)**

¹ Le professionnel de la santé ne peut être tenu de fournir, directement ou indirectement, des soins incompatibles avec ses convictions éthiques ou religieuses.

² L'objecteur doit, dans tous les cas, donner au patient les informations nécessaires afin que ce dernier puisse obtenir, par d'autres professionnels de la santé, les soins qu'il n'est pas disposé à lui fournir.

³ En cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, le professionnel de la santé doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger, même si elles sont contraires à ses convictions éthiques ou religieuses.

Art. 85 Compétences et responsabilité (nouvelle teneur avec **modification de la note)**

¹ Le professionnel de la santé ne peut fournir que les soins pour lesquels il a la formation reconnue et l'expérience nécessaire.

² Le professionnel de la santé doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient, d'un autre professionnel de la santé ou de tout tiers.

³ Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé ou à un auxiliaire de soins que si celui-ci possède la formation et les compétences pour fournir ces soins. Le Conseil d'Etat établit la liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins en concertation avec les associations professionnelles et les partenaires sociaux de la branche.

⁴ La direction générale de la santé valide la procédure de délégation mise en place au sein des institutions.

⁵ Lorsque les soins exigés par l'état de santé du patient excèdent ses compétences, le professionnel de la santé est tenu de s'adjoindre le concours d'un autre professionnel habilité à fournir ces soins ou d'adresser le patient à un professionnel compétent.

⁶ Dans certaines situations, le département peut autoriser des pratiques infirmières avancées. La direction générale de la santé valide les formations dispensées en matière de pratiques infirmières avancées.

Art. 86 Secret professionnel (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Les professionnels de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel, au sens de l'article 321 du code pénal suisse.

² Ils peuvent en être déliés par le patient ou, s'il existe de justes motifs, par l'autorité supérieure de levée du secret professionnel.

³ Sont réservées les dispositions légales concernant l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice.

Art. 87 Publicité (nouvelle teneur avec modification de la note)

Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont autorisés à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement dans les limites définies, par voie réglementaire, par le Conseil d'Etat après consultation des associations professionnelles concernées.

Section 7 Exercice des professions (nouvelle) du chapitre VI

Art. 88 Lieux de pratique (nouvelle teneur, avec modification de la note)

A l'exception des soins dispensés au domicile du patient, les lieux où pratiquent les professionnels de la santé doivent répondre aux exigences de leur profession et être adaptés aux soins qui s'y déroulent.

Art. 89 Titre de spécialiste (nouvelle teneur avec modification de la note)

Un professionnel de la santé ne peut porter un titre ou se référer à une formation particulière que s'il possède le titre correspondant ou si la formation en question a été reconnue par le département.

Art. 90 Remplacement (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Une personne qui pratique, sous sa propre responsabilité professionnelle, une profession de la santé peut se faire remplacer temporairement à son lieu de travail pour cause de formation, vacances, service militaire, congé de maternité ou pour raisons de santé. Elle en informe le département. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession.

² Lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige, le département peut exceptionnellement autoriser un remplacement par une personne autorisée à pratiquer une autre profession.

³ Les modalités sont déterminées par voie réglementaire.

Art. 91 Service de garde (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Les professionnels de la santé assurent des services de garde de manière à garantir les besoins en soins de la population.

² Le Conseil d'Etat désigne les professions de la santé qui sont tenues d'assurer de tels services.

³ Au cas où les conditions de l'alinéa 1 ne sont pas respectées, le Conseil d'Etat peut exiger des associations professionnelles concernées la mise en place d'un service de garde.

Art. 92 Situations exceptionnelles (nouvelle teneur avec modification de la note)

Chaque professionnel de la santé peut être appelé à participer aux mesures cantonales d'intervention dans des situations exceptionnelles.

Art. 93 Assurance-qualité et bonnes pratiques professionnelles (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Le département encourage le développement de systèmes d'assurance-qualité, en lien avec les associations professionnelles concernées.

² Il peut leur déléguer la mise en œuvre et le contrôle de l'assurance-qualité.

³ Les professionnels de la santé doivent se conformer aux bonnes pratiques professionnelles en vigueur.

Section 8 Formation (nouvelle) du chapitre VI

Art. 94 Ecoles et programmes de formation (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ L'Etat peut exploiter ou subventionner des écoles dans le domaine de la santé, qui correspondent aux priorités fixées dans la planification sanitaire cantonale. De la même manière, il peut organiser ou subventionner des programmes de formation ou de perfectionnement dans ce domaine.

² Le Conseil d'Etat veille à ce que le nombre de places de formation et de stages dans le domaine des professions de la santé corresponde aux besoins du canton définis dans la planification sanitaire cantonale.

³ Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement de ces écoles et de ces programmes de formation et de perfectionnement.

Art. 95 Formation professionnelle (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ Dans le cadre de sa formation, le professionnel de la santé ne peut pas pratiquer sous sa propre responsabilité.

² Sous réserve du droit fédéral, le Conseil d'Etat fixe la durée de formation admise selon la profession et la spécialisation ainsi que le nombre de personnes en formation dont peut être responsable un professionnel autorisé, en distinguant la formation en pratique privée de celle en institution de santé. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

³ Un professionnel de la santé exerçant sous surveillance professionnelle durant sa formation ne peut conserver ce statut que pour une durée considérée comme ordinaire dans le cadre de celle-ci. Les cas exceptionnels restent toutefois réservés.

Art. 96 Formation continue (nouvelle teneur avec modification de la note)

Le Conseil d'Etat règle les modalités de la formation continue en concertation avec les associations professionnelles concernées dans la mesure où celles-ci ne sont pas réglées par une disposition fédérale.

Art. 97 Principes (nouvelle teneur)

¹ Le médecin qui effectue des prestations de médecine complémentaire prises en charge par l'assurance obligatoire des soins doit s'annoncer auprès du département.

² Les autres praticiens de pratiques complémentaires exercent uniquement si:

- a) ils disposent d'une formation et de l'expérience nécessaires;
- b) cette pratique ne présente pas de danger pour la santé du patient ou de la population et si elle n'interfère pas avec un traitement institué par un professionnel de la santé;
- c) il n'y a pas risque de confusion avec des soins qui relèvent spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi;
- d) le patient y consent après avoir été dûment informé qu'il s'agit d'une pratique complémentaire, ainsi que de ses risques et de ses bienfaits et de la possibilité de s'adresser à un professionnel de la santé.

Art. 98 (abrogé)

Art. 99, al. 1 et 3 (nouvelle teneur)

¹ Une personne qui exerce une pratique complémentaire doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un professionnel de la santé. En cas de doute sur l'état de santé du patient, elle a en outre l'obligation de l'en informer et de l'inciter à consulter un professionnel de la santé.

³ Les personnes exerçant une pratique complémentaire sont autorisées à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement, dans les limites définies par voie réglementaire par le Conseil d'Etat.

Art. 127, al. 7 (nouvelle teneur)

⁷ A titre de mesure provisionnelle, pendant toute procédure disciplinaire, le département ou, sur délégation, le médecin cantonal ou le pharmacien cantonal peuvent limiter l'autorisation de pratiquer ou d'exploiter, l'assortir de charges ou la retirer, interdire la pratique complémentaire ainsi que l'exercice de la profession d'auxiliaires de soins.

Art. 128 Sanctions administratives – Limitation, retrait ou révocation de l'autorisation de pratiquer (nouvelle teneur de la note), al. 1 à 3 (nouvelle teneur)

¹ L'autorisation de pratiquer d'un professionnel de la santé peut être limitée ou retirée :

- a) si une condition de son octroi n'est plus remplie;
- b) en cas de violation grave des devoirs professionnels ou malgré des avertissements répétés.

² Le retrait peut porter sur tout ou partie de l'autorisation de pratiquer et être d'une durée déterminée ou indéterminée.

³ Le département peut révoquer l'autorisation de pratiquer lorsqu'il a connaissance après coup de faits qui auraient justifié un refus de son octroi.

Art. 129, al. 1, lettre a (nouvelle teneur)

¹ Le département peut limiter ou interdire le droit d'exercer d'un praticien complémentaire ou une activité d'auxiliaire de soins :

- a) si les soins fournis présentent un danger pour la santé ou l'intégrité des patients;

Art. 2 Modifications à une autre loi

La loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents (LTSU), du 29 octobre 1999 (K 1 21), est modifiée comme suit :

Art. 8 Responsabilité médicale (nouvelle teneur)

Chaque service d'ambulances est placé sous la responsabilité d'un médecin répondant, titulaire d'une autorisation de pratiquer dans le canton et ayant l'expérience de l'urgence.

Art. 3 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.



**Association des Pharmaciens
Indépendants de Genève**

Genève le 18 février 2020

Grand Conseil
Commission de la santé
rue de l'Hôtel de Ville 2
Case postale 3970
1211 Genève 3

Madame la Présidente

Je vous remercie pour votre demande concernant les implications de ce projet de loi pour les pharmaciens indépendants à Genève.

Je suis interpellé par la contradiction que je vois entre la délégation de soins tels que la préparation de semainiers de médicaments à des professions « qui ne sont pas des professionnels de la santé » (art.85, commentaires p.18) et le maintien de la délivrance de l'autorisation que le pharmacien doit demander au motif que c'est une profession qui n'a pas de formation post grade (art.73, commentaires p.15-16).

Notre profession a mis en place des exigences de postformation qui engendrent des coûts importants, en frais de formation et en absences pour ces dernières. Dans le contexte de baisse du prix des médicaments que nous connaissons depuis plusieurs années, ces efforts financiers ne sont pas à sous-estimer. Par conséquent, voir des délégations de prestations liées directement aux médicaments se faire avec une facilité accrue vers d'autres professions non médicales ne peut nous laisser indifférents et nous la regretterions.

Est-il donc contestable que le pharmacien est le spécialiste du médicament ?

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, à mes cordiales salutations.

Luc Munier
Président
luc.munier@phshop.ch
079 412 63 29

API-Genève

Association des pharmaciens
indépendants de Genève


p.a. Pharmacie Saint-Léger – Bd des Philosophes 15 – 1205 Genève
api-geneve@outlook.com – Fax 022 321 08 15

ANNEXE 2



République et Canton de Genève
Grand-Conseil
Commission de la santé
Rue de l'Hôtel-de-Ville 2
1211 Genève 3

Genève, le 19 février 2020



Concerne : Restructuration du chapitre VI Professions de la santé

Madame, Monsieur,

Pour faire suite à votre demande du 29 janvier 2020, nous vous remettons ci-dessous les propositions du comité de pharmaGenève concernant la restructuration du chapitre VI des professions de la santé. Il s'agit de :

- Section 3 droits et devoirs :
 - Art.83 : « la suppression de cet article est inopportune, car le droit fédéral LPMéd et LPsy ne formule pas clairement une interdiction. L'abandon de l'article nous fait craindre des dérives ».
Par exemple : Zur Rose a proposé par le passé un émoulement aux médecins, pour chaque ordonnance envoyée chez eux.
- Section 8 Formation :
 - Art. 95 : Proposition : « Dans le cadre de sa formation **de base** (à rajouter) ... »

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Véronique Crettol Bellanger
Présidente



Communauté genevoise d'action syndicale

Organisation faîtière regroupant l'ensemble des syndicats de la République et canton de Genève // info@cgas.ch
Rue des Terreaux-du-Temple 6, 1201 Genève - tél. 0041 22 731 84 30 fax 731 87 06 - ccp 85-412318-9

Prise de position de la CGAS sur le PL 12423 modifiant la loi de la santé à l'attention de la Commission de la santé du Grand Conseil de la République et Canton de Genève

Genève, le 4 mars 2020.

Mesdames, Messieurs les député-e-s,

La CGAS soutient le principe d'une réglementation stricte des professions de la santé et d'une surveillance de celles-ci, pour des raisons de santé publique évidentes. Toutefois, le PL 12423 comporte un certain nombre de lacunes et suscite les interrogations que nous avons l'avantage de vous exposer ci-après.

Responsabilités des employeurs

S'il est nécessaire d'établir clairement les niveaux de responsabilité des différentes professions de la santé, ainsi que les conditions nécessaires pour l'exercice du métier, nous constatons de manière générale que le projet de loi fait l'impasse sur les responsabilités et obligations incombant aux employeurs. Or, en termes d'emplois, la majorité des professions de la santé sont exercées à titre salarié. Dès lors que la qualité des prestations médicales, dans le secteur privé comme dans le secteur public, est intimement lié aux conditions de travail, notamment aux dispositions relatives aux temps de travail et de repos, l'exercice d'une profession de la santé ne devrait pas uniquement être envisagé sous l'angle individuel, mais également sous l'angle collectif. En clair : l'autorisation d'exploiter une entreprise employant du personnel de santé au sens de la présente loi devrait être soumise également à l'existence d'une convention collective de travail ou d'un dispositif légal de force obligatoire réglementant les conditions de travail, ce que le PL 12423 ne prévoit malheureusement pas.

Professions sous pression

Cette lacune est d'autant plus regrettable que les conditions de travail dans le domaine de la santé sont soumises à une très forte pression : dénonciation par les employeurs il y a quelques années de la CCT des assistantes médicales et de celle des assistantes dentaires, fragilité de la CCT des cliniques privées genevoises, et développement de situations abusives dans le secteur privé non conventionné tel que les permanences médicales et les services d'aide et de soins à domicile privés.

A cela s'ajoute une tendance lourde de report de responsabilités ou de déqualification découlant à la fois de la pénurie de personnel soignant qualifié, et des mesures de réduction des coûts adoptées par certains employeurs, du public comme du privé. Cette tendance se traduit par une diminution du taux d'encadrement de personnel qualifié au profit de personnel moins qualifié, ainsi que par des délégations de tâches et responsabilité toujours plus importantes, le plus souvent sans la reconnaissance salariale qui devrait l'accompagner, et souvent hors du champ de compétence et du niveau de formation des personnes concernées, ce que les syndicats actifs dans le secteur de la santé ont régulièrement dénoncé auprès des autorités.

D'un point de vue économique, cette tendance est assimilable à de la sous-enchère, ce à quoi les syndicats sont opposés. Du point de vue de la santé publique, elle pose

manifestement question en termes de qualité de prestations et de sécurité des patient-e-s. Et du point de vue des conditions de travail, hormis les aspects salariaux déjà décrits, cette tendance se traduit par un stress accru pour les salarié-e-s lorsque ces délégations ne sont pas accompagnées de mesures de formation et d'organisation du travail adéquates.

Délégation de compétences et responsabilités

La CGAS émet donc ses plus grandes réserves sur l'art. 85 al. 3 du projet de loi, lequel autorise la délégation de compétences et de responsabilités. Car s'il en définit les conditions (« que si [l'autre professionnel de la santé en] possède la formation et les compétences »), il en autorise le principe. La CGAS est d'autant plus circonspecte sur cet article qu'il introduit la notion d'« auxiliaire de soin », ne correspondant à aucune formation certifiante reconnue, et semblant indiquer qu'il s'agit de personnel non qualifié.

La CGAS ne peut donc entrer en matière sur cet article qu'aux conditions suivantes :

- La « liste des professions admises en tant qu'auxiliaires de soins », dont l'établissement est conféré au Conseil d'Etat, doit être définie en concertation avec les partenaires sociaux de la branche ;
- Les délégations de compétences doivent être l'objet de réglementations internes aux institutions de soins, soumises à approbation du Conseil d'Etat et du service du médecin cantonal ;
- Ces règlements doivent préciser notamment les niveaux de responsabilité de manière claire, l'organisation du travail, les formations requises, les compensations salariales, le dispositif de contrôle de leur application, et être établis paritairement avec les syndicats représentatifs du personnel.

Conditions de retrait de l'autorisation de pratique

L'art. 74 al. 1 let. d) indique l'absence de sanction administrative parmi les conditions d'octroi d'une autorisation de pratiquer. La CGAS n'est pas opposée au principe, mais il conviendrait d'exclure les sanctions administratives relevant de la Loi sur le personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux, afin d'éviter que des sanctions disciplinaires prononcées dans le cadre des rapports de service puissent avoir pour conséquence un retrait de l'autorisation de pratique au sens de l'art. 128. Il s'agit en effet d'éviter la double peine, dont les conséquences seraient surcroît radicales pour les membres du personnel concerné-e-s, puisqu'elles iraient dans les faits jusqu'à remettre en question les rapports de travail eux-mêmes. A titre d'exemple, un-e infirmier-ère sanctionné-e d'un blâme pour arrivées tardives répétées perdrait son droit de pratique, ce qui aurait pour conséquence la résiliation des rapports de service pour motif fondé (disparition d'un motif d'engagement). Une telle double peine serait contraire au principe de proportionnalité, et risquerait de surcroît de poser d'importantes difficultés de gestion du personnel.

Objection de conscience

Enfin, l'art. 84 sur l'objection de conscience soulève de nombreuses questions, sur lesquelles la CGAS n'a pas de position tranchée à ce stade, tant les dimensions éthiques, sociales, politiques et philosophiques sont importantes et n'ont pu faire l'objet de débat approfondis au sein des syndicats qui composent notre faïtière. C'est donc plutôt sous forme d'interrogations que nous interpellons votre commission.

Du point de vue des droits des professionnel-le-s de la santé, les dispositions prévues nous paraissent de nature à préserver les droits fondamentaux, notamment ceux découlant de la liberté de croyance religieuse.

Mais du point de vue des prestations et des droits des patient-e-s, cette disposition pourrait s'avérer problématique. En effet, à titre d'exemple, et il n'est évidemment pas anodin, dans de nombreux pays, tels que l'Italie ou les Etats-Unis, cette objection de conscience est invoquée par des professionnel-le-s de la santé pour refuser de pratiquer l'avortement, niant de ce fait le droit des femmes à disposer de leur corps et posant de gravissimes problèmes de santé publique.

L'al. 2 constitue certes un garde-fou intéressant, car il oblige l'objecteur à rediriger le-la patient-e vers d'autres professionnel-le-s de la santé. Mais il ne garantit en rien que ces derniers-ères soient en nombre suffisant pour garantir dans les faits l'accès au soin concerné.

L'on pourrait dès lors s'interroger s'il y a lieu ou non, afin de garantir dans les faits l'universalité de l'accès aux soins, d'opérer une distinction entre les établissements médicaux privés et les établissements médicaux publics, lesquels, en vertu de leur caractère public et de la laïcité de l'Etat, pourraient ne pas appliquer cette disposition sur l'objection de conscience. Cette distinction pourrait également être étendue à tout établissement médical intégré dans la planification sanitaire cantonale, qu'il soit public ou privé.

En vous remerciant de l'attention que vous aurez porté à cette prise de position, recevez, Mesdames et Messieurs les député-e-s, l'expression de nos meilleurs messages.

Davide De Filippo
Vice-président



Alessandro Pelizzari
Président





Dr Pierre Froidevaux
Ancien député
et anc. membre de la com. santé
SOS Médecins
43 Louis Favre
1201 Genève

Genève, le 26 mars 2019

Monsieur le Président
Bertrand BUCHS
Secrétariat du Grand Conseil
Commission de la santé
Rue de l'Hôtel de Ville 2
1204 Genève

GRAND CONSEIL	
Expédié le : 27-03-19	Visa : RP
Par poste	Par courriel
Président	Députés (100)
Commissaires	Bureau
Secrétariat	Archives
Commission : de la Santé	
Copie à :	
Divers :	

PL 12423 du 16 janvier 2019 modifiant la loi sur la santé (LS)

Note à l'attention de la Commission de la santé

Mesdames, Messieurs les Commissaires,

Dans son projet de loi PL 12434, le Conseil d'État indique faire une mise à niveau la loi sur la santé.

Je souhaite attirer votre attention sur l'article 93 al 3 dont la nouvelle teneur, sous le titre *Exercice des professions* et la note marginale *Assurance qualité et bonne pratique médicales* est la suivante :

«Les professionnels de la santé doivent se conformer aux bonnes pratiques professionnelles en vigueur.»

La teneur de cette disposition me détermine à attirer l'attention de votre commission sur deux points :

- a) La compatibilité de ce nouvel alinéa avec le droit fédéral est discutable ensuite de l'épuisement de la compétence fédérale et, en telle espèce,

b) à considérer que cette disposition soit compatible avec le droit supérieur, la nature des bonnes pratiques professionnelles, en particulier leur caractère d'aide à la décision du médecin et du patient ou, *contra* leur caractère obligatoire qui doit être apprécié avec les droits des patients (Art 42 et ss LS, notamment 46 al 1 LS).

a) Absence de compétence cantonale

La question de l'assurance qualité est déterminée de manière exhaustive par l'article 40 let b LPMéd qui stipule :

Les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle doivent observer les devoirs professionnels suivants :

b. approfondir, développer et améliorer, à des fins d'assurance qualité, leurs connaissances, aptitudes et capacités professionnelles par une formation continue.

Le droit fédéral précise, antérieurement au droit cantonal la notion d'assurance qualité qui repose, non pas sur l'application normalisée de recommandations médicales, mais sur l'approfondissement des aptitudes et capacités professionnelles de chaque médecin par le biais de la formation continue.

Le droit fédéral (Art 4 al 2 LPMéd) précise le contenu de la formation continue :

La formation universitaire et la formation postgrade permettent notamment aux personnes qui les ont suivies :

a. de prodiguer aux patients des soins individuels complets et de qualité ;

- b. de traiter les problèmes en recourant à des méthodes reconnues scientifiquement, en prenant en considération les aspects éthiques et économiques, puis de prendre les décisions qui s'imposent ;
- c. de communiquer, de manière adéquate et en fonction de l'objectif à atteindre, avec les patients et les autres personnes concernées ;
- d. d'assumer leurs responsabilités dans le domaine de la santé, notamment dans le domaine des soins médicaux de base, et au sein de la société de manière conforme aux spécificités de leur profession;
- e. d'exercer les tâches d'organisation et de gestion qui leur incombent dans le cadre de leur activité professionnelle ;
- f. de tenir compte des compétences des personnes exerçant d'autres professions de la santé reconnues ;
- g. de faire face à la concurrence internationale.

Les lettres a. b. et c. ci-dessus examinent plus particulièrement le rapport entre médecins, patients, traitements et méthodes scientifiquement reconnues et la LPMéd, s'agissant des bonnes pratiques, assujettit leur application à l'appréciation éthique du praticien et au droit du patient, en particulier celui de consentir ou de ne pas consentir au traitement proposé. En outre, la responsabilité individuelle du médecin dans le cadre de tous soins prodigués est expressément rappelée, étant précisé que l'application des bonnes pratiques médicales ne constitue pas pour lui-même, un motif d'exonération de la responsabilité du praticien (Arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 du 25 octobre 2011), l'appréciation de l'acte médical devant se faire *in concreto* au chevet du patient en fonction de la totalité des paramètres.

Ainsi, en ce que le droit cantonal proposé institue une obligation nouvelle (le respect strict des bonnes pratiques), cette dernière ne peut reposer que sur une compétence fédérale donnée au Cantons de préciser les dispositions correspondantes de la LPMéd. Or il se trouve que la LPMéd ne propose aux Cantons aucune compétence et que la disposition proposée par la LS s'inscrit de manière contradictoire avec la loi fédérale.

Il en résulte que puisque le droit fédéral examine complètement la notion d'assurance qualité dont les bonnes pratiques médicales constituent un instrument proposé, il n'existe plus de capacité législative cantonale.

b) la nature des bonnes pratiques médicales

Les bonnes pratiques médicales sont une notion mal définie. En France la Haute Autorité de la Santé les définit aujourd'hui comme : « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». L'objectif affiché par les promoteurs est « d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins ». (www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2012-3-page-53.htm#)

Dans une monographie d'avril 2002 le Dr Kouchner, alors ministre de la santé, examine la nature des bonnes pratiques médicales, soulignant l'avantage qu'elles représentent pour le patient tout en retenant un certain nombre de réserves à leur propos :

Le droit des patients qui connaissent en général particulièrement bien leurs troubles, ne permet pas d'opposer à la volonté clairement exprimée par le patient une prescription reconnue comme conforme aux bonnes pratiques médicales.

Les bonnes pratiques médicales ne peuvent être proposées au patient qu'avec la certitude qu'elles correspondent *in casu* à la meilleure thérapie disponible selon les critères de l'article 32 LAMal, à savoir en matière d'efficacité et d'adéquation autant que satisfaisant au critère d'économicité. En ce sens, elle comporte un risque de paresse méthodologique dont ne profite pas le patient.

Les bonnes pratiques médicales, une fois arrêtées, ne font que rarement l'objet de révisions et à ce titre, il est du devoir du praticien de s'assurer de

leur pertinence actuelle avant de les proposer, cas échéant de s'en écarter au profit de sa propre mise à niveau de ses connaissances.

Le Dr Kouchner déplore en outre que les bonnes pratiques médicales, en particulier au niveau pharmacologique, reposent exclusivement sur les recherches conduites par les pharmas elles-mêmes. Or il se trouve que ces dernières peuvent n'avoir aucun intérêt économique à proposer un médicament, pourtant potentiellement efficace, pour soigner certains troubles de la santé. L'exemple d'un médicament courant, ainsi le Seresta dont l'usage est usuel en matière de traitement de certaines addictions ne font pas partie des médicaments autorisés par le Compendium suisse des médicaments pour traiter ce type de pathologie. C'est là une décision des pharmas qui ne veulent pas associer leur marque à un traitement communément jugé comme dégradant. Ce motif est excusable tant, si une étude était conduite avec succès à propos d'un de ces médicaments, il serait hautement probable que l'ensemble des personnes à qui ce médicament serait proposé pour un autre motif s'en détournerait définitivement. Ainsi, les bonnes pratiques médicales sont parfois sujettes à la loi du marché ce qui est propre à constituer un biais condamnable.

Voir l'étude sur le site : (http://optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/Rapport_E_CANIARD_RBP_04-2002.pdf)

En droit suisse, les bonnes pratiques médicales se confondent avec les dispositions de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans d'assurance obligatoire de soins en cas de maladie du 29 septembre 1995, OPAS (RS 832.112.31).

Cette ordonnance reprend les principes de l'article 32 LAMal et catalogue les traitements qui correspondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. En ce sens, ce ne sont que les traitements qui, trouble par trouble, sont approuvés à l'annexe I de cette Ordonnance qui font l'objet

d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Cette notion se confond complètement avec la notion commune des bonnes pratiques médicales.

Le patient toutefois demeure libre de ne pas consentir au traitement remboursé par son assurance maladie obligatoire et de requérir un autre traitement qu'il estime plus adapté à son état. Auquel cas, l'assurance maladie n'est pas tenue de rembourser le traitement de même que le médecin est libre également de prescrire ou non le traitement demandé.

Il y a lieu ici de souligner l'importance de la *relation thérapeutique* qui commande une très grande relation de confiance réciproque entre patient et praticien. Cela commande que patient et praticien demeure sur un chemin commun en matière de traitement qui n'est guère compatible avec un cadre normatif strict.

C'est un élément que le droit fédéral (LPMéd) souligne particulièrement.

La relation thérapeutique de qualité passe également par la reconnaissance et la mise en œuvre, en particulier par le praticien, des droits des patients. Ainsi le vade-mecum des patients des HUG indique, entre autre :

Les HUG s'engagent à respecter vos droits en tant que patient.

- *Vous recevez une information claire*
- *Votre volonté est respectée*
- *La confidentialité est garantie*

Le respect de votre volonté

Sauf en cas d'urgence, aucun traitement ou examen n'est entrepris sans votre consentement libre et éclairé. Vous avez droit à un délai de réflexion avant de vous décider. Vous pouvez aussi revenir sur votre décision.

Une telle affirmation du droit du patient à ne pas consentir au traitement proposé, notamment au profit d'un autre traitement, voire de l'absence de

traitement, n'est pas compatible avec la modification proposée de l'article 93 al 3 LS.

Je reste à votre disposition, cas échéant, pour une audition devant votre commission et pour l'ensemble des motifs déjà exposés ci-dessus, vous recommande de ne pas accepter la modification proposée. Entretemps, je vous assure, Mesdames, Messieurs les Commissaires, de ma grande considération.

A handwritten signature in black ink, consisting of two large, rounded, overlapping loops followed by a smaller, more complex flourish.

Dr Pierre Froidevaux