



*Date de dépôt : 29 octobre 2024*

## **Rapport**

**de la commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de Jacklean Kalibala, Thomas Wenger, Marc Saudan, Arber Jahija, Matthieu Jotterand, Sylvain Thévoz, Leonard Ferati, Sophie Demaurex, Jean-Pierre Tombola, Jean-Charles Rielle, Grégoire Carasso, Nicole Valiquer Grecuccio, Danièle Magnin, Caroline Marti, Léo Peterschmitt : STOP à une médecine à deux vitesses !**

*Rapport de Jacklean Kalibala (page 4)*

## Proposition de motion (2964-A)

### STOP à une médecine à deux vitesses !

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

- qu'à Genève, plus de 15%<sup>1</sup> des personnes renoncent aux soins pour des raisons financières, avec une variation du taux de renoncement de 3,7% pour le groupe ayant le revenu le plus élevé à 30,9% pour les plus bas revenus ;
- l'augmentation annoncée de 9,1% en moyenne des primes d'assurance-maladie pour le canton de Genève qui pèsera lourdement sur les ménages qui assument déjà près de 70% des coûts de la santé<sup>2</sup> ;
- que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès en Suisse<sup>3</sup> ;
- que la prévention et la promotion de la santé sont peu prises en charge à travers l'assurance-maladie de base ;
- qu'une médecine de premier recours forte est indispensable pour réduire durablement les coûts de la santé et mener des interventions de prévention et de promotion de la santé efficaces,

invite le Conseil d'Etat

- à instituer sur le canton de Genève un programme de prévention et de dépistage des maladies cardiovasculaires ;
- à intégrer ce programme dans une approche multimodale au sein du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028 ;
- à y intégrer des consultations de prévention secondaire individualisées pour des patients et patientes cibles ;

---

<sup>1</sup> De Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I. et Stringhini, S. (2022). Renoncement aux soins de santé en Suisse. Prévalence, déterminants et conséquences. Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique. Berne : OFSP

<sup>2</sup> <https://kof.ethz.ch/fr/news-et-manifestations/kof-bulletin/numeros/2022/04/couts-de-la-sante.html>

<sup>3</sup> Office fédéral de la statistique (OFS) 2023

- 
- à prendre en considération les déterminants sociaux de la santé et les autres motifs de renonciation aux soins, afin de déterminer la population cible ;
  - à mettre en place un partenariat avec les médecins de premiers recours et d'autres professionnels et professionnelles de la santé, pour la mise en place du programme et la réalisation de ces consultations.

## **Rapport de Jacklean Kalibala**

Sous la présidence successive de M<sup>me</sup> Natacha Buffet-Desfayes et de M. Jean-Marc Guinhard, la commission de la santé s'est penchée sur cette motion lors de ses séances des 15 mars, 19 avril, 24 mai, 14 juin, 23 août ainsi que 13 et 20 septembre 2024.

Les travaux se sont déroulés en présence de M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat (DSM), M. Adrien Bron, directeur général de la santé (DSM), M. Panteleimon Giannakopoulos, directeur a.i. de l'office cantonal de la santé (DSM) et M<sup>me</sup> Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC).

La commission a auditionné : le Prof. Idris Guessous, médecin-chef du service de médecine de premier recours (HUG) ; le Prof. Antoine Flahault, directeur de l'Institut de santé globale, faculté de médecine, UNIGE ; M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat (DSM) et M. Panteleimon Giannakopoulos, directeur général a.i. de l'office cantonal de la santé (DSM) ; M. Nicolas Müller et le D<sup>r</sup> Dorian Schaller, membres de la direction du réseau Delta et la Fondation genevoise pour le dépistage représentée par le D<sup>r</sup> Bertrand Jacot Des Combes, président, M<sup>me</sup> Rachel Gerber, directrice générale, et M<sup>me</sup> Ania Wisniak, médecin responsable.

Les procès-verbaux ont été tenus successivement par M. Lucas Duquesnoy et M<sup>me</sup> Alicia Nguyen.

Nous remercions ces personnes de leur contribution aux bons déroulements des travaux de la commission.

### **Audition de M<sup>me</sup> Jacklean Kalibala, autrice**

M<sup>me</sup> Kalibala explique que cette motion demande la mise en place d'un programme de prévention et de promotion de la santé dans le cadre des maladies cardiovasculaires. Il s'agit de maladies qui concernent le cœur et les vaisseaux et qui peuvent aboutir à des infarctus et des AVC. Elles sont dues à plusieurs facteurs de risque comme l'hygiène de vie, la consommation de tabac, l'alimentation, l'obésité, l'alcool, l'hypertension ou encore le diabète. Ces maladies sont un problème de santé majeur puisqu'elles représentent la première cause de décès en Suisse et dans le monde, devant le cancer. Elles contribuent également de façon significative à l'augmentation des coûts de la santé en ce qu'elles nécessitent une prise en charge intensive. La prévention est un facteur majeur pour réduire leur impact, puisque 80% des maladies cardiovasculaires peuvent être évitées par une meilleure hygiène de vie et des contrôles réguliers. La motion concerne surtout la prévention à travers le

médecin de famille qui joue justement un rôle important dans la prévention générale, y compris celle des maladies cardiovasculaires, notamment parce que ces professionnels ont accès de façon longitudinale aux patients.

La Société européenne de médecine générale souligne à ce sujet que la médecine générale est la spécialité qui favorise la promotion et l'éducation à la santé par des interventions appropriées et efficaces. En Suisse, 52% des généralistes interrogés ont déclaré que le principal obstacle à la délivrance de ces conseils de prévention et de promotion de la santé était le remboursement. Pour rappel, les prestations de promotion de la santé et de prévention sont peu prises en charge dans la LAMal. De plus, la franchise et la quote-part représentent des barrières pour les personnes qui ne sont pas malades. Le renoncement aux soins est une réalité en Suisse puisque, selon une étude publiée en 2018, 20% des patients renoncent à des soins pour des questions économiques. A Genève, la dernière étude réalisée sur le sujet par le Bus santé date de 2013 et indiquait alors que 13% des Genevois renonçaient à des soins. On ne peut qu'imaginer que la situation s'est empirée depuis. Il faut préciser que, si seulement 3% des personnes gagnant plus de 13 000 francs renoncent à des soins, cette proportion monte à 30% chez les personnes gagnant moins de 3000 francs par mois, ce qui traduit une plus forte proportion de renoncement chez les populations défavorisées dont on sait déjà qu'elles ont une qualité de vie moindre et plus de risques d'être touchées par des maladies chroniques non transmissibles à l'instar des maladies cardiovasculaires. Du point de vue genevois, on sait que les personnes de bas niveau socio-économique sont plus à risque pour le surpoids et le diabète, de même qu'elles refusent plus fréquemment les dépistages du cancer du sein. Il y a donc un vrai enjeu de la prévention chez ces personnes à bas revenus.

Le but de la motion est de mettre en place un dépistage systémique et coordonné des maladies cardiovasculaires dans le cadre d'un bilan chez le médecin de famille et en collaboration avec des acteurs locaux, comme cela se fait déjà pour le cancer du sein et le cancer du côlon. Avec ce type de mesures, on pourrait fidéliser le patient via un suivi personnalisé sur dix ans, les approches individualisées ayant montré la plus grande efficacité. Ce type de mesures pourrait permettre de surpasser la barrière de la prise en charge des coûts dans la prévention. Le projet pourrait être interprofessionnel en ayant par exemple une première intervention par un médecin puis un suivi par une infirmière en pratique avancée. Procéder ainsi renforcerait l'interprofessionnalité tout en valorisant par exemple les soins infirmiers. On peut imaginer l'intervention de bus itinérants dans les communes pour une approche dynamique avec des coûts moindres tout en étant déployé à une échelle assez large. La mesure pourrait aussi permettre de récolter des données

sur la population genevoise tout en profitant des infrastructures et des protocoles qui existent déjà. Elle contribuerait à renforcer le rôle des médecins de premier recours, mais aussi les collaborations entre les praticiens et le département. Les recommandations EVIPREV dont disposent les médecins fixent des guidelines spécifiques sur les dépistages et la prévention, qui doivent être accessibles et à coût réduit. Si on regarde les maladies cardiovasculaires, il apparaît qu'il faut viser une population ayant entre 45 et 55 ans, soit une fourchette de dix ans qui permette par exemple de couvrir la ménopause dont on sait qu'elle augmente significativement les risques de contracter des maladies cardiovasculaires. Ce contrôle consisterait en une prise de tension artérielle, un contrôle du poids, un contrôle de la glycémie et du cholestérol ainsi qu'un contrôle du diabète et du sucre. Ce sont des mesures très ciblées, mais très efficaces qui permettent d'avoir un bénéfice notable pour la population.

Au niveau des coûts, une consultation médicale avec examen clinique coûte environ 120 francs, tandis qu'une prise de sang coûte une trentaine de francs et que l'examen et le travail autour du dossier coûtent 35 francs. On arrive donc à un forfait de 200 francs pour la première consultation. Il faut évidemment imaginer que les patients déjà suivis par leur médecin généraliste coûteraient moins cher.

Certains acteurs locaux sont déjà très actifs dans le travail de prévention et on pourrait s'appuyer sur eux à l'instar de l'association genevoise des médecins de famille, le réseau Delta, la Fondation suisse de cardiologie ou encore la Fondation genevoise pour la recherche en cardiologie. Un bon exemple à suivre serait celui de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein et du côlon. Cette fondation coordonne le programme cantonal de dépistage et assure une prise en charge à 90% des coûts hors franchise. Concrètement, on compte 73 francs pour la consultation d'inclusion simple et 127 francs pour la consultation complexe, auxquels s'ajoutent 400 francs pour l'examen d'essai et 1000 francs pour une colonoscopie. La formule marche bien et beaucoup de médecins participent à ces dépistages. La fondation permet de favoriser un accès aux dépistages et lève les freins engendrés par la question des coûts. Depuis 2019, on constate une vraie augmentation du nombre de médecins partenaires et ce sont quelque 400 médecins de famille, 34 gastro-entérologues et 94 pharmaciens qui participent en 2022. Le programme incluait 8000 patients en 2022 et a élargi ses invitations jusqu'à 74 ans. Le dispositif augmente au fur et à mesure que le nombre de médecins participants augmente.

Pour conclure, il faut rappeler que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès en Suisse et qu'il est essentiel que la prévention et le dépistage soient accessibles à toutes et tous. L'Etat doit s'engager pour

favoriser un accès équitable à ces prestations, la prévalence de ces maladies étant plus importantes chez les populations ayant un bas revenu. La motion propose de mettre en œuvre un programme de prévention systématique et coordonné pour intervenir efficacement, en collaboration avec les médecins généralistes.

### ***Questions et remarques des députés***

*Vert : demande si la députée a connaissance d'initiatives similaires ailleurs en Suisse.*

M<sup>me</sup> Kalibala ne peut pas répondre sur cette question à ce stade.

*Le même député demande si l'on a déjà des ordres de grandeur sur le ratio entre les coûts du dépistage et les coûts engendrés par le traitement des maladies cardiovasculaires.*

M<sup>me</sup> Kalibala répond que ces mesures sont justement étudiées pour être efficaces et qu'avoir recours à trois ou quatre interventions permet d'avoir de vrais résultats.

*PLR : se questionne sur la forme que prendrait ce dispositif. Il demande si l'on parle par exemple d'une consultation chez le médecin de famille qui serait remboursée par l'Etat ou bien d'autre chose. D'autre part, il se demande comment l'on parviendra à s'assurer que l'on touche justement les individus cibles, à savoir des personnes qui n'ont pas forcément de médecin généraliste.*

M<sup>me</sup> Kalibala répond que la motion envisage une consultation comme on le fait pour le cancer du côlon. Les personnes concernées recevraient un courrier chez elles les invitant à prendre rendez-vous chez un médecin pour une consultation. Après analyse des examens, il y aurait une discussion avec le médecin qui permettrait d'établir la fréquence du suivi selon les besoins et les risques pour chaque patient. Une infirmière en pratique avancée pourrait très bien assurer le suivi et il n'y aurait pas forcément besoin de voir un médecin à chaque fois, tout en gardant le médecin de famille comme médecin référent. Il serait important de disposer de ce moment de consultation pour pouvoir justement faire de la prévention et de la promotion de la santé. Le but n'est pas de revoir toute la santé du patient, mais bien d'avoir un temps ciblé pour être le plus efficace possible. D'autre part, on sait que les personnes à bas revenus consultent moins le médecin. La motion propose justement de conditionner aussi la mesure au revenu afin d'être sûr de toucher les gens qui ont le risque de ne pas avoir de médecin généraliste. En ciblant aussi le public par tranche d'âge, on pourrait toucher le public de manière plus efficace puisque beaucoup de gens de moins de 50 ans n'ont pas de généraliste.

*MCG : entend que ces mesures de prévention ont un coût, mais rappelle que le coût des maladies cardiovasculaires est bien plus important, ne serait-ce que pour une opération cardiaque. La motion demande que ce soit l'assurance obligatoire qui rembourse et le député demande si ces actes de prévention sont remboursés actuellement ou s'il faudrait que le canton les prenne en charge, voire qu'il négocie un forfait avec les instances fédérales.*

M<sup>me</sup> Kalibala rappelle que, si la consultation avec un médecin ou les prises de sang sont prises en charge par la LAMal, les consultations préventives sans maladie du patient ne sont pas prises en charge. Pour le dépistage du cancer du sein ou du cancer du côlon, les factures de ces consultations sont envoyées à l'assurance-maladie, mais c'est la fondation qui rembourse les frais engendrés. Quand on regarde le bilan de la fondation, il y a un budget de 4 millions de francs, dont la moitié représente les factures pour des radios. Il s'agit en effet d'un dispositif très lourd, mais qui permet de faire des choses de manière déployée. Le programme dont on parle ici coûtera moins cher que pour le dépistage du cancer du côlon et pourra proposer une approche personnalisée.

*PLR : n'est pas surpris par les chiffres qu'il entend ce soir, ayant eu l'occasion de travailler sur la détection du cancer précoce il y a quelques années. Le député est plutôt d'accord avec la motion, notamment en ce qu'elle propose des contrôles ciblés. Il se demande cependant si l'on ne cible pas la problématique uniquement à court terme en s'intéressant aux 45-55 ans et s'il ne faudrait pas justement cibler les plus jeunes pour éviter qu'ils prennent de mauvaises habitudes.*

M<sup>me</sup> Kalibala répond qu'elle se réfère en fait aux recommandations EVIPREV. Pour les personnes de 20 ans, il y a certes des interventions possibles, mais le risque augmente surtout avec l'âge, dès 40 ans. Les gens qui feraient ces consultations ne seraient pas malades et on ferait de la prévention. La recherche a montré que, pour ces gens n'étant pas malades, le mieux était de commencer ces dépistages dès 40 ans, de manière systématique. Les bénéfices ne sont pas aussi bons avant cet âge.

*PLR : note que la maladie pourrait aussi commencer à 60 ans ou 70 ans si les gens étaient éduqués correctement par la médecine, ce qui traduit à son sens l'intérêt d'investir dans des dépistages auprès d'une population plus jeune, entre 20 et 35 ans.*

M<sup>me</sup> Kalibala répond que l'on peut de toute façon aussi faire de la prévention chez un public jeune, mais les mesures ne sont pas les mêmes. La prévention peut dans les faits se faire tout du long de la vie. Le problème en Suisse réside surtout dans l'accessibilité de la prévention, et il faut bien



commencer quelque part. Il est cependant évidemment que l'accès à la prévention est important à tout âge de la vie, pour nombre de maladies.

La présidente demande si le département a une position sur cette motion.

M. Bron note qu'il sera utile d'entendre formellement le département sur ce texte. Il est évidemment important d'augmenter la prévention, un élément qui manque de façon assez criante pour pouvoir utiliser au mieux les ressources et améliorer l'état de santé de la population. Tout ce qui va dans ce sens est donc à saluer. Concernant le parallèle fait entre la motion et le dépistage du cancer du sein et du cancer du côlon, il faut préciser que ces derniers sont prévus par la LAMal, ce qui n'est pas le cas pour le dépistage des maladies cardiovasculaires. Il faudrait peut-être une forme d'entourloupe en déclarant comme des actes diagnostics des actes préventifs, mais il serait en tout cas difficile de mettre en place un programme organisé de dépistage, ce qui aurait pour conséquence que les coûts à la charge du canton seraient beaucoup plus importants, quand bien même la Fondation pour le dépistage du cancer représente aussi des charges majeures de près de 2 millions de francs pour tous les éléments qui ne sont pas couverts par l'assurance. Il n'en reste pas moins que les charges pour les maladies cardiovasculaires seraient supérieures à cela. D'autre part, il faudrait dans le ciblage de cette motion viser beaucoup plus large que de payer des médecins. Ces programmes doivent être un peu interdisciplinaires et englober un peu plus que de purs actes de dépistages, notamment en termes d'enseignement thérapeutique et d'accompagnement. Ce sont des choses qui pourraient tout à fait être envisagées si on veut développer des axes nouveaux de promotion de la santé dans le canton avec des affectations de ressources plus conséquentes qu'aujourd'hui. Ces pistes méritent d'être poursuivies, mais doivent être moins focalisées sur quelque chose de trop analogue au dépistage organisé par la LAMal. Il est clair qu'il faut également cibler ces programmes au mieux en se basant sur des données scientifiques solides qui montrent que les actes de dépistage sont utiles pour telle ou telle catégorie afin de justifier des financements publics plus importants. Il faudra examiner tout cela de près, le cas échéant.

*MCG : note qu'il lui semble que l'on peut tout de même faire quelques analyses assez rapidement dans le cadre d'une visite chez un généraliste ordinaire comme la pression artérielle ou la glycémie. Ces choses sont plus simples que les analyses sanguines, mais peuvent permettre d'initier une discussion assez rapide avec une infirmière ou un médecin, ce qui permettrait de faire un travail de prévention sur une grande masse de la population sans changer les lois fédérales.*

M<sup>me</sup> Kalibala répond que cette idée de prévention repose justement sur la discussion qui est le gros du travail. En revanche, le problème est de rentrer

dans la LAMal puisque les actes préventifs ne sont pas pris en compte contrairement aux actes diagnostiques.

M. Bron précise que le discours n'est justement pas de dire qu'il faut changer la LAMal, mais il n'en est pas moins qu'elle ne prévoit rien pour les actes préventifs, sauf dans le cadre d'un dépistage organisé pour que les caisses interviennent. Ce n'est ici pas le cas et il faudrait que ce soit au canton d'assurer le financement de cette prestation.

La présidente demande quelles suites la commission envisage.

S : propose d'entendre le réseau Delta, l'Institut de santé globale, le SMPR et évidemment le DSM.

PLR : propose de commencer par le SMPR. Il n'est pas sûr de voir en quoi il faudrait entendre le réseau Delta.

S : répond que le réseau est activement engagé dans la prévention.

La présidente prend acte de ces demandes et propose donc d'entendre le SMPR, puis l'Institut de santé globale et le DSM. La commission pourra terminer éventuellement ses travaux par l'audition du réseau Delta. Aucune opposition n'est formulée.

### **Audition du Prof. Idriss Guessous, médecin-chef du Service de médecine de premier recours, HUG**

M. Guessous remercie la commission de son invitation. Il rappelle qu'il est responsable du Service de médecine de premier recours des HUG, codirecteur du Centre de médecine de premier recours et vice-doyen à la faculté de médecine. Il est cependant surtout présent ici ce soir en tant que responsable du Service de médecine de premier recours ainsi que pour sa contribution au renforcement des données sur le renoncement aux soins. Le professeur remercie la députée Kalibala et les cosignataires pour leur initiative qui permet d'initier un début de réflexion. Il est cependant un peu difficile d'aller dans le détail de la motion qui se veut justement assez courte pour ouvrir un débat assez complexe. M. Guessous a finalement le sentiment que cette motion aborde plusieurs problèmes qui sont tous réels, comme le renoncement aux soins, la prévalence des maladies cardiovasculaires ou encore une solution à ces enjeux auxquels il s'agit de répondre.

Le renoncement aux soins est un sujet connu à Genève et M. Guessous est déjà venu en parler devant la commission à plusieurs reprises. On sait que le pourcentage de la population à Genève qui renonce à des soins pour des raisons économiques est élevé, notamment puisque l'on pose la question via l'étude du Bus santé qui est soutenue par le canton. S'il ne s'agit pas que d'un

problème genevois, le canton a des informations que les autres n'ont pas et peut donc porter sur attention particulière sur cette situation. On sait qu'une personne assurée sur sept renonce à des soins, ce qui laisse assez perplexe, puisque ces personnes contribuent à notre système de santé en payant des primes. Concrètement, ces personnes s'installent à la table et doivent ensuite renoncer à se servir puisqu'un système de franchise et de quote-part vient limiter la consommation de ce bien de santé, au même titre que le catalogue de prestations. Si on parle souvent d'un système solidaire, il l'est surtout dans le financement et beaucoup moins dans l'accès aux soins. La Suisse pense souvent être mieux lotie que d'autres systèmes de santé, comme le système américain, alors qu'il subsiste un phénomène de renoncement aux soins et que le système ne tient que parce qu'un tiers des citoyens reçoivent un subside pour pouvoir rester dans la légalité et payer leur assurance. Le renoncement aux soins touche évidemment les soins dentaires et 60% des personnes qui renoncent aux soins renoncent aux soins dentaires. Si l'on a tenté de trouver des solutions, rien ne passe sur le plan législatif et les Genevois continuent à aller se faire soigner les dents à l'étranger. Il en va de même pour les soins optiques et les soins auditifs. Le professeur est surtout frappé par le renoncement aux consultations médicales puisqu'environ 30% des gens renoncent à aller voir un médecin. S'il y a déjà de nombreuses difficultés pour trouver un médecin, même lorsque l'on en a un, on peut encore renoncer à aller le voir pour des raisons économiques. Il faut cependant se méfier des moyennes puisque, si l'on parle de 15% de renoncement aux soins, cela a augmenté depuis 2009. On passe de 3% parmi ceux qui gagnent plus 9500 francs par mois à 30% pour ceux qui gagnent moins de 3000 francs par mois, par personne. Il y a donc une inégalité frappante et confirmée, y compris au niveau de l'éducation, puisque l'on sait aussi que les personnes avec une éducation primaire sont beaucoup plus à même de renoncer aux soins que les personnes avec une éducation tertiaire. Or, dans notre système, on ne devrait trouver personne qui renonce à des soins pour des raisons économiques. Il peut être sain de renoncer à des soins qui seraient inutiles, mais cela doit être le fruit d'une décision prise avec le médecin pour des raisons médicales.

Quels sont alors les soins auxquels les gens renoncent ? Sur le canton de Genève et ailleurs en Suisse, si l'on ressent une douleur thoracique dans le bras gauche, il faut appeler le 144 qui vient très rapidement et ne pose pas de question sur l'assurance, le revenu ou l'origine. Les traitements aigus et avancés sont donc bien pris en charge, y compris pour les personnes très fragiles comme les personnes migrantes et les personnes sans papiers. Il est difficile de faire mieux que le canton de Genève sur ce point. En revanche, les choses se compliquent pour les soins de prévention et on constate qu'il est très

difficile d'investir dans ces soins et de faire comprendre aux gens qu'ils doivent renoncer à certains comportements, prendre un comprimé tous les jours ou avoir recours à une colonoscopie tous les dix ans pour prévenir une maladie alors qu'aucun symptôme ne s'est déclaré. Les leviers pour que les personnes aillent consulter sont donc beaucoup plus faibles que pour les douleurs thoraciques. Les gens renoncent donc en priorité aux mesures de prévention, qui reposent en Suisse sur le médecin de premier recours à l'exception des programmes spécifiques de prévention qui sont conduits par la fondation de dépistage.

En Suisse, le mandat du médecin de premier recours intègre la prévention et la promotion de la santé. Sur le point précis des maladies cardiovasculaires, la motion a raison de rappeler que l'on a tendance à avoir en tête les avancées faites pour traiter ces maladies. Il y a encore quelques années, M. Guessous rappelle que les personnes qui faisaient un infarctus du myocarde avaient très peu de chances de passer la nuit. Aujourd'hui, dans beaucoup de cas, les gens peuvent rentrer chez eux après deux ou trois jours et tout se passe bien. On tend donc à oublier que ces maladies restent le problème de santé le plus répandu parmi la population. Genève a aussi la capacité de mesurer la prévalence de l'hypertension dans le canton, tout comme il peut le faire pour le diabète ou le cholestérol. Il apparaît que la tendance n'est pas à l'augmentation et tout ne s'empire donc pas. L'hypertension est de mieux en mieux contrôlée, tout comme le cholestérol. Ce qui est cependant préoccupant, c'est que les inégalités persistent. Si ce travail de promotion fonctionne en moyenne, il ne parvient cependant pas à réduire les inégalités entre les gens malgré la volonté qui existe. On se dit finalement que, si c'est le médecin de premier recours qui peut, dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du côlon proposé hors franchise, assurer ce dépistage, cela peut avoir l'avantage de diminuer les inégalités d'accès, ce qui est évidemment tout l'intérêt de ce programme qui s'adresse aux gens indépendamment de leurs ressources. On peut ainsi toucher tout le monde alors que les médecins ne voient potentiellement qu'une certaine population de personnes. Si on lance ce programme pour les maladies cardiovasculaires, il s'agit certes d'un investissement politique, mais il faudrait savoir quelle mesure de prévention on souhaite mettre en place. La motion mentionne EVIPREV, mais il faut rappeler que passablement de mesures ont un niveau d'évidence assez faible. Dans les faits, dire en consultation à une personne qui a un poids normal qu'elle doit continuer à faire de l'activité physique et manger sainement n'a pas d'efficacité démontrée. De la même manière, dire à une personne en situation d'obésité de faire un dépistage pour le cholestérol n'a pas non plus démontré d'efficacité s'il n'y a pas un autre facteur de risque cardiovasculaire. Avoir ces

discussions ne suffira pas pour tous les patients. Proposer que cela se fasse avec les médecins de premier recours semble logique puisqu'ils sont les garants de la prévention et de la promotion. Le professeur questionnerait cependant cette approche puisqu'il reçoit aussi des questions sur le manque de médecins de premier recours. Il est donc un peu difficile de répondre à ces deux situations en disant d'une part que l'on manque de médecins et d'autre part qu'il faut renforcer leur activité. Dans cette situation de pénurie, si les médecins de premier recours doivent en plus traiter des patients qui ne sont pas malades, il y aura forcément une équation à faire. Les médecins ont fait des études de médecine pour soigner des gens malades et ce n'est que progressivement que l'idée de la prévention s'est imposée pour en arriver à penser que le médecin était l'acteur essentiel pour faire de la prévention et de la promotion. Les médecins ne peuvent cependant pas tout faire et, si l'on veut avancer dans un tel programme, il faudra se poser la question de la pénurie de médecins de premier recours. A force de dire qu'il y a un problème dans la médecine de premier recours, il finira par y en avoir vraiment un et cela nécessite de changer le discours en reconnaissant qu'il y a un problème global dans le système de santé qu'il faut changer si on veut réenchanter la médecine de premier recours.

### ***Questions et remarques des députés***

*Verts : note que pour le cancer colorectal, si on trouve quelque chose lors d'un dépistage, les coûts ne sont pas sur dix ans puisque les traitements sont moins longs. Pour une personne qui va se faire dépister avec une franchise à 2500 francs, on parle de 5000 francs sur deux ans. Pour quelqu'un qui va faire un dépistage cardiovasculaire et qui se retrouve à devoir payer un traitement, le député se demande si une franchise à 2500 francs ne rend pas la lutte contre les inégalités à l'instant T très difficile.*

M. Guessous répond qu'il s'agit en effet d'une question très importante qui explique pourquoi les gens renoncent aux soins. Lorsqu'ils manquent de moyens, les gens se projettent dans les coûts potentiels. Or, aller chez le médecin peut impliquer toute une série de traitements par la suite. Typiquement, pour une femme qui renonce à un dépistage du cancer du sein, on imagine que c'est lié aux coûts alors que c'est principalement lié à la potentielle présence d'une maladie. Dans ce scénario, les gens, en fonction de leurs réserves et leurs enjeux, se mettent à anticiper d'éventuelles maladies, ce qui pose question. Sur la question des maladies cardiovasculaires, si la proposition est de faire cette prévention une fois par an et par personne parce que l'hypertension se mesure chaque année et que le diabète se mesure tous les trois ans, la répétition de ce modèle serait intéressante à mettre en place. Si l'on

a détecté du diabète ou de l'hypercholestérolémie, rien n'a changé tant que la personne ne prend pas son comprimé tous les jours pendant les prochaines décennies. On est justement assez mauvais dans notre action pour que les gens atteignent les seuils recommandés. On sait qu'il y a une inertie et que l'on est sous-optimal dans l'atteinte des cibles qu'il faudrait atteindre. Parce que l'on a trouvé qu'une personne a trop de cholestérol, on peut justement prescrire une statine. Or, l'idée ne repose pas assez sur ces cibles à atteindre, en engageant les gens dans ces traitements sans avoir à renoncer pour des raisons indépendantes de ce programme.

*Verts : rappelle que si quelqu'un renonce à ces traitements pour des raisons économiques et fait ensuite un accident cardiovasculaire dix ans plus tard et se retrouve avec une opération à l'hôpital, les coûts sont gigantesques. Il demande si l'on a une idée du ratio entre la prise en charge de ces coûts de prévention et la prise en charge de ces frais hospitaliers.*

M. Guessous rappelle que toutes les mesures qui sont recommandées dans les guidelines sont efficaces et ont un bénéfice coût-efficacité qui est connu. Si on fait une recherche de sang dans les selles sur dix ans, cet investissement est rentable et efficient. Il permet de faire des économies au niveau collectif. Pour les maladies cardiovasculaires, les équipes du professeur ont justement tenté de voir ce qui se passe au niveau du renoncement. Les résultats sont plus fins que prévu puisque les populations qui renoncent sont aussi plus jeunes que les populations qui ne renoncent pas. On a ainsi un capital qui fait que l'on peut être très bien pendant longtemps et que l'évènement cardiologique va mettre 15 ou 25 ans à arriver. Cette échelle du temps fait qu'il est difficile de dire quand ces personnes qui renoncent peuvent se retrouver aux urgences. Par contre, il faut s'interroger sur les personnes qui ont déjà connu un évènement, qui ont eu une insuffisance cardiaque décompensée et qui sont à très haut risque de rechuter. On est donc quasiment certain d'avoir un bénéfice élevé sur la prévention secondaire auprès de ces personnes qui sont très à risque de retourner aux urgences avec des coûts élevés.

*LJS : demande si l'étude sur le suivi des renoncements aux soins a permis d'établir une corrélation entre le niveau de la franchise et la prévalence du renoncement. Il demande également si l'introduction du salaire minimum à Genève a eu des effets. D'autre part, s'il était possible d'offrir ces consultations à la population, le député se demande quelle serait la mesure la plus bénéfique en termes de coût-bénéfice par rapport à toutes les pathologies que l'on a.*

M. Guessous s'est justement penché sur cette question et note qu'il est assez remarquable de voir qu'il n'y a justement pas de corrélation linéaire et que ce sujet implique aussi la question de la perception du risque. En fait, pour

une personne qui a peu de moyens et qui prend une franchise élevée, elle se dit qu'il est plus profitable pour elle de payer peu de primes sur le court terme. Cependant, d'autres populations sont conscientes qu'elles ne pourraient pas payer en cas de problème médical important et ont donc une autre perception en prenant une franchise plus basse. En dehors de la question des moyens, la perception du risque est donc très importante. On constate de la même manière que des gens avec des revenus élevés prennent tout de même une franchise haute puisqu'ils ne voient pas les mêmes risques s'ils doivent payer un traitement de leur poche. Sur le salaire minimum, il faut associer cette question à celle de l'augmentation des subsides à la population pour plusieurs centaines de millions de francs. On observe en tout cas qu'il n'y a pas d'augmentation du renoncement aux soins et il n'est donc pas impossible que ces deux éléments jouent un rôle, bien que l'on ait pu imaginer un décrochage de la population avec le covid, l'inflation et la dureté de la vie. On peut donc justement imaginer un impact positif du salaire minimum et des subsides. Par ailleurs, il faut relever que le covid n'a pas péjoré le renoncement aux soins ni l'état de santé des Genevois comme le montrent les données du Bus santé et de Specchio. Sur la question de la consultation, le professeur n'a pas forcément d'avis en l'état, mais la force des évidences indique ce qu'il faut couvrir. Le dépistage du cancer du côlon va démarrer et on va continuer à mettre l'accélérateur sur ces politiques de dépistage qui ont des bénéfices majeurs. Il faut se demander si l'on veut poursuivre cela et si l'on veut continuer dans cette même lancée. Il faut enrôler des patients, mais cela demande aussi un vrai travail et le médecin ne peut pas tout faire. S'il devait y avoir un dépistage majeur pour le professeur, ce serait le dépistage du cancer du poumon. Il y a une petite inertie sur cela, alors que les évidences sont claires et que le dépistage diminue la mortalité chez les fumeurs et les anciens fumeurs. Les maladies cardiovasculaires sont aussi beaucoup portées par le tabagisme et tuent beaucoup alors qu'il y a maintenant des traitements. Cette inertie est liée au fait qu'il y a un facteur modifiable qui existe par rapport aux autres cancers et que les facteurs de risque sont clairement identifiés. S'il y a aussi des actions en amont que l'on peut faire pour le diabète ou l'hypertension, on ne sait par exemple pas prévenir le cancer du sein comme on sait prévenir les infarctus. C'est donc par ce manque de capacité à prévenir le cancer du sein que l'on a mis en place ce programme de dépistage. Or, le jour où l'on saura prévenir le cancer du sein, on pourra cesser ce programme de dépistage. Sur le cancer du poumon, on sait qu'arrêter de fumer reste un facteur majeur, même si le risque de cancer dure encore dix ans.

*MCG : comprend que le renoncement aux soins ne repose pas entièrement sur des questions économiques et qu'il y a toujours d'autres raisons qui entrent*

*en jeu. D'autre part, quand on parle de questions économiques, on ne parle pas que du revenu, mais aussi du pouvoir d'achat. Même des personnes qui ont des revenus élevés peuvent avoir de la peine à payer leurs primes s'ils ont beaucoup de charges annexes. Si le député trouve cette motion très bonne, il est un peu dérangé par la condition de revenu qu'elle pose et préférerait un peu plus de souplesse pour inclure la classe moyenne.*

M. Guessous confirme que les études sur le sujet ont pondéré l'impact des raisons économiques depuis quelque temps. Ainsi, sur les données Specchio d'avril 2024, et sur les 2200 personnes qui ont répondu à des questionnaires entre mars et avril, entre 12 et 13% disent renoncer aux soins pour des raisons économiques, 12% par manque de temps ou encore 8% par manque de volonté ou d'envie. Il y a donc différentes raisons qui entrent en jeu et pas uniquement les ressources financières. Specchio a fait le choix de s'intéresser au renoncement économique parce qu'au fond, cette raison ne devrait jamais compter dans notre système de santé. Pour ce qui est de la deuxième question, il existe des indices de calcul qui prennent en compte le salaire, mais aussi les charges. Tout dépend évidemment de ce que l'on met dans les charges, mais cela permet aussi de comprendre pourquoi 3% des personnes qui gagnent plus de 13 000 francs par mois renoncent quand même à des soins. S'il n'est déjà pas interdit de renoncer à des soins pour des raisons économiques, même quand en théorie on a les moyens, il est aussi vrai que le pouvoir d'achat qui reste à la fin du mois est une vraie question. Ainsi, les études parlent non seulement du salaire, mais aussi du revenu mensuel du ménage. Pour répondre à la question, le vrai problème réside dans les inégalités. La santé publique n'est pas encore une santé personnalisée et on souffre d'avoir des critères qui sont parfois simplistes. La santé publique souffre d'un problème assez simple de par sa difficulté à rentrer dans les détails de la vie des gens. La question qui se pose est de se demander si l'on sera capable de proposer un programme à une couche spécifique de la population pour des raisons économiques. D'autre part, si on veut prendre en compte les personnes qui ont de hauts revenus, mais peu de pouvoir d'achat, c'est là encore compliqué. Il sera difficile d'avoir un programme qui satisfait toutes les situations.

*PLR : note que, dans cette vision de la santé publique en termes de prévention primaire, on cible ici les infections cardiologiques, mais il y a aussi d'autres maladies non transmissibles. La députée se demande si l'on ne devrait pas avoir une approche populationnelle avec un programme cantonal de prévention des maladies non transmissibles dans lequel la prévention se ferait avec une vision en entonnoir en partant d'une vision très générale pour aller vers du plus opérationnel.*



M. Guessous rappelle qu'il existe un plan de prévention et de promotion de la santé qui est excellent, avec des objectifs et des axes. Il existe donc une telle politique qui paie. Si on regarde les statistiques, qui sont justement présentées à la DGS, la population genevoise se maintient en bonne santé. Il reste évidemment les impondérables, comme le tabagisme, qui reste trop élevé. Le professeur a l'impression que Genève a un plan et une vraie volonté de suivre sur des questions comme l'activité physique, le sommeil ou encore le bruit. Si les outils existent, la question reste de savoir comment on peut faire mieux. M. Guessous ne sait pas quel est l'acteur de terrain qui va pouvoir continuer à faire passer ces messages et il a le sentiment que, malgré tous les efforts, il est compliqué pour les médecins de premier recours de rester les acteurs principaux de ces messages de prévention. Il faut donc rester attentif à ce que l'on rajoute dans ces approches et aux solutions pour pouvoir le mettre en place. On pourrait aussi imaginer pouvoir bénéficier d'autres professionnels de santé qui auraient la capacité de faire passer encore plus efficacement ces messages. Par ailleurs, si Genève s'en sort si bien, c'est aussi grâce au bon niveau socio-économique sur le canton. Il faut aussi veiller à être plus agressif sur la prévention des rechutes après un évènement et mieux suivre ces cas.

M. Bron rappelle que le plan est aujourd'hui très robuste et permet d'appréhender sereinement ces inputs en sachant qu'il y a toute une infrastructure nationale qui suit derrière. On sait par exemple que le cancer du poumon sera prochainement le prochain dépistage éligible au remboursement LAMal. Pour aller au-delà, ces discussions sont tout à fait inspirantes et traduisent le besoin d'alliance dans la communauté autour de ces thématiques pour dépasser la transversalité acquise et aller beaucoup plus dans la prévention dans le domaine des soins, une question qui ne concerne pas que Genève, mais toute la Suisse. La question du maintien en santé après des épisodes aigus est également trop peu exploitée aujourd'hui, surtout pour des raisons de financement.

*PLR : rappelle qu'une partie des personnes autour de cette table ont reçu pour leurs 50 ans une enveloppe pour bénéficier d'un dépistage, rapide, mais qui a coûté entre 850 et 900 francs. En lien avec cette question de la détection et de la prévention cardiovasculaire, le député peut donner l'exemple de son fils qui a récemment eu besoin dans le cadre de son programme militaire d'effectuer des examens. Le médecin qui lui a fait un électrocardiogramme a vu un problème et a envoyé son fils vers un cardiologue qui n'a pour sa part vu aucun problème. Quelques mois après, une situation similaire s'est à nouveau produite dans le cadre d'examen en vue d'une sortie en plongée. Il a de nouveau fallu renvoyer son fils vers un spécialiste qui n'a là encore vu aucun problème. Sur un screening qui dépend de trois facteurs, soit la tension,*

*la prise de sang et l'électrocardiogramme, le député se demande si le médecin de premier recours est au-dessus de ce que peut donner la machine et si l'IA ne serait finalement pas un geste moins invasif avec des coûts moindres en permettant un plus large accès à la population, en réservant le recours à un spécialiste aux problèmes éventuels.*

M. Guessous trouve que cette idée est pertinente. Si on regarde ce qu'il faut faire, cette action peut être pilotée par le médecin de premier recours sans rentrer dans sa journée. Tout ce qui doit pouvoir être automatisé doit pouvoir l'être. Il ne s'agit pas d'enlever des responsabilités au médecin, mais bien de lui laisser du temps pour pouvoir expliquer l'essentiel au lieu de faire autre chose. On devrait pouvoir réussir à libérer ce temps pour que le médecin puisse se concentrer sur les questions essentielles. Libérer ou redonner du temps au médecin de premier recours participera de la revalorisation de la profession. Devoir vérifier l'âge ou le genre du patient ne valorise pas et on peut tout à fait imaginer automatiser une partie de ce programme. Une des seules limites à cela pourrait se poser dans le cas du dépistage du cancer du poumon, puisque l'OCPM n'a actuellement pas assez d'informations sur les fumeurs. Donc, soit on fait confiance à l'utilisateur qui doit donner lui-même ces informations, en trouvant les bons outils, soit le médecin de premier recours doit intervenir dans la récolte de ces données, ce qui permettra à terme d'avoir un algorithme qui saura exactement quand inviter les personnes pour les dépistages, avec la nuance que la personne peut entre-temps avoir par exemple pris du poids. Il n'en reste pas moins que le recours à ces nouvelles technologies est une vraie condition pour l'avenir de ces programmes et de la médecin de premier recours.

*S : rappelle qu'un des points importants de la motion est justement l'idée d'avoir un temps de suivi et de fidélisation des patients. Le but de la motion est bien de ramener les patients dans le système, de les revoir et de refaire de la prévention dans une régularité à définir sur la période après une première consultation. D'autre part, sur la question du médecin, la députée est d'accord pour dire qu'il n'est pas forcément nécessaire qu'il soit présent pour la prévention et le dépistage, mais il est important d'impliquer le médecin en cas de problème détecté. Dans les campagnes de dépistage, il n'y a pas beaucoup de sens à ce que des patients fassent un dépistage dans une pharmacie, se voient signifier un problème et ne trouvent par la suite pas de médecin pour établir la suite. Il serait important d'avoir des médecins référents qui permettent d'avoir quelqu'un de disponible pour lancer des traitements. Il est aussi important de garder une perspective multidisciplinaire, avec par exemple des infirmières en pratique avancée.*

M. Guessous confirme que cela est essentiel et fondamental. On pense à ce que l'on fait et on fait au mieux. Le patient est informé et fait les tests nécessaires. Cependant, il est aussi vrai que le médecin consomme beaucoup d'autres tests ailleurs, ce qui est une vraie problématique. Il faut justement que quelqu'un puisse être référent pour un programme, afin qu'il soit possible en cas d'anomalie de parler du diagnostic et d'avoir un point de contact. Il sera cependant évidemment difficile d'augmenter ces points de contact et le nombre de participants à ces programmes si on vient à manquer de médecins de premier recours. Donc, soit il y a assez de médecins pour prendre cette activité, soit il en manque et il sera difficile de créer cette surcharge de travail pour l'effectif existant. Par ailleurs, le professeur regrette que l'on ne profite pas du plein emploi que l'on connaît pour utiliser le monde professionnel comme un point de contact avec la prévention, comme cela peut se faire dans les systèmes où c'est l'employeur qui fournit une couverture maladie. Ce canal est sous-utilisé et sous-exploité et il faudrait y réfléchir à l'avenir.

### **Audition du Prof. Antoine Flahault, directeur de l'Institut de santé globale**

M. Flahault remercie la commission de l'avoir sollicité ainsi que pour la confiance renouvelée. Se présenter devant elle est toujours un plaisir et un honneur, notamment pour parler de textes dont il faut souligner la qualité et qui ont le mérite de s'intéresser à des politiques publiques visant la prévention tout en étant fondés sur de hauts niveaux de preuve scientifique.

Cette proposition de motion ne rencontre pas de commentaires de la part du premier professeur sur ses premiers paragraphes. Il est correct d'annoncer que les personnes qui renoncent aux soins à Genève sont des personnes qui sont dans une forme de précarité économique tout comme il est correct de dire que l'augmentation des primes impacte fortement les ménages à faible revenu. Il est également correct de dire que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès en Suisse et à Genève et que la promotion de la santé est assez peu prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Le professeur confirme que le recours à la médecine de premier recours est indispensable pour réduire les coûts de la santé et mener les interventions de prévention. Il ajouterait peut-être à cela une notion de « self empowerment », que l'on pourrait traduire par la responsabilisation des acteurs et notamment des citoyens. Beaucoup de mesures de prévention sont liées à des modifications des comportements individuels, mais également à des politiques publiques. On peut tout à fait entendre qu'un texte s'intéresse à un des volets dans le domaine de la politique publique, mais dans le domaine des maladies cardiovasculaires, il faut relever l'impact déterminant de l'alimentation, de l'activité physique ou encore de la consommation de tabac ou d'alcool. Il s'agit là aussi de politiques

publiques qui sont du ressort du parlement et qui doivent à son avis être mentionnées dans une telle motion, même si elles ne sont pas nécessairement mentionnées dans l'invitation au Conseil d'Etat à suivre les députés.

L'invitation au Conseil d'Etat cherche à instituer sur le canton une consultation de prévention et de dépistage cardiovasculaire entre 40 et 55 ans, qui serait remboursée par l'assurance obligatoire hors franchise. Le professeur ne peut que souscrire à cette idée. Elle repose sur de vraies raisons fondées sur de bonnes preuves scientifiques. Il se demande cependant pourquoi commencer à 40 et terminer à 55 ans. Les recommandations de l'USPSTF, un organisme indépendant exceptionnel qui met un niveau de preuve autour de ces mesures, préconisent des mesures de tension artérielle au cabinet du MPR, de préférence, après l'âge de 18 ans tous les 3 à 5 ans et après 40 tous les ans. Cela veut donc dire que l'on ne s'arrête pas à 55 ans et que l'on continue jusqu'à la fin de vie. Il s'agit là du premier niveau de mesures et cette task force en propose d'autres, notamment des conseils hygiénodététiques qui sont également tout à fait recommandés dans le cadre de la MPR. Il est totalement prouvé aujourd'hui que quand le médecin généraliste, en plus de la prise de tension artérielle et des actions correctrices, a recours à de la prescription de statine et à des conseils hygiénodététiques portant notamment sur l'activité physique et l'alimentation, cela rentre dans le cadre de mesures tout à fait recommandées, efficaces et qui peuvent permettre de sauver des vies et des années de vie en bonne santé. Le professeur ajouterait qu'il n'est pas précisé, et ce n'est peut-être pas l'objet de la motion, si cette consultation est unique ou renouvelée chaque année. Il est en faveur d'un conditionnement de la prestation au revenu tout comme il soutient la mise en place d'un partenariat avec les médecins de premier recours, avec l'exemple du programme cantonal de dépistage du cancer du côlon en tête.

Dans l'exposé des motifs dont il a apprécié la lecture, il relève à la page 4 qui porte sur les maladies cardiovasculaires que l'on parle des facteurs de risque modifiables, et notamment du surpoids, de la sédentarité et du tabagisme. Il rajouterait l'usage problématique de l'alcool et l'alimentation. Le surpoids ne suffit pas puisqu'il faut aussi mettre en lumière le problème du sel. La problématique des maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge, surtout après 45 ans, ce qui est correct, et ce qui questionne donc un peu sur la limite fixée à 55 ans dans la motion. Au niveau de l'approche préventive, la motion centre tout sur la consultation du médecin, et il a été prouvé que c'est efficace. On pourrait cependant ajouter les pharmaciens pour la prise de tension répétée, et ce afin de libérer les médecins de ce type de mesures. Il pense également qu'il faut garder en tête le rôle des politiques publiques et notamment du marketing social qui, associé à ces politiques, fait la promotion de la santé au

niveau du canton et du pays. Il ne s'agit pas entièrement du ressort des cantons, mais une bonne partie l'est. Pour le cancer du côlon, l'exposé des motifs indique bien que l'inclusion est réalisée par un pharmacien ou un médecin, ce qui est correct. Sur les points qui apparaissent éclairants et comme justifiant pleinement cette motion, il faut relever que l'on manque de données sur le canton. Le professeur s'est rapproché du Bus santé qui n'a pas fait ces analyses et qui n'a pas quelqu'un qui puisse les faire dans le délai imparti. En France, moins de 20% des hommes hypertendus sont contrôlés et traités pour leur tension artérielle, contre 30% des femmes. M. Flahault est plutôt convaincu que l'on doit trouver des chiffres similaires à Genève. Bien que le canton dispose d'un système de santé et de soins fortement accessible, il subsiste un grand déficit de prise en charge correcte, même lorsqu'une problématique est dépistée. Il y a aussi probablement un volet de formation des médecins et des patients afin d'administrer correctement les soins. Toujours en France, 57% des patients hypertendus déclarent ne pas avoir reçu de conseils hygiénodiététiques dans l'année qui précède, alors qu'il s'agit d'une recommandation fondée sur les preuves. Ces conseils peuvent être rapides et brefs et peuvent être très centrés sur l'activité physique ou sur les règles d'alimentation.

Sur ce point, il faut préciser que, le 16 mai dernier, le bureau régional Europe de l'OMS a publié un rapport très intéressant qui appelle la puissance publique à réglementer la teneur du sel dans l'alimentation, notamment dans l'alimentation transformée. Ceci est particulièrement parlant dans le cadre de cette motion. Pour rappel, on sait qu'il y a entre 30% et 20% de prévalence de l'hypertension entre les gens qui ont un haut niveau d'études et ceux qui n'en ont pas fait. Il en va de même entre ceux qui font appel à des aides pour payer leur assurance-maladie et ceux qui n'y font pas appel. Le gradient est encore plus élevé au niveau de l'alimentation, et les personnes plus précaires sont plus à même d'avoir recours à une alimentation transformée plus abordable et plus accessible. Ces personnes sont elles-mêmes plus souvent diabétiques ou en situation d'obésité. Le rapport de l'OMS conclut que, sur les 52 Etats européens considérés, seuls Malte, Chypre et l'Estonie ont une consommation plus raisonnable. La Suisse se classe en milieu de liste pour sa part. Si le pays a adopté une mesure comme le nutriscore, on a appris, pas plus tard que cette semaine, que la Migros a pris la décision de le retirer de ses emballages, ce qui est une décision choquante de la part de l'un des deux grands distributeurs du pays. Il faut encore rappeler ici que la labellisation fait partie des engagements de la puissance publique pour une alimentation de qualité.

### **Questions et remarques des députés**

*PLR : n'a sur le fond absolument rien à retirer de ce qui est proposé dans cette motion. En revanche, sur la forme, il se demande s'il est vraiment du ressort des médecins traitants d'être le premier contact pour un programme organisé et structuré de dépistage. Il n'y a finalement pas besoin d'être médecin pour mener ces dépistages. Il est en revanche important de pouvoir orienter les personnes, en fonction des résultats, vers une prise en charge spécifique, qu'elle soit médicale ou non. On rappelle également que la Suisse, et particulièrement Genève, connaît une pénurie de médecins de premier recours. Ces derniers peinent déjà à assurer la coordination et le suivi pour leur patientèle, qui est souvent âgée et comorbide. Le député se demande si faire reposer un tel programme sur ces médecins serait le meilleur choix. D'autre part, il se questionne sur le choix retenu de se concentrer sur les maladies cardiovasculaires et pourquoi pas sur le dépistage des maladies non transmissibles de manière plus globale avec un certain nombre de paramètres à définir. Enfin, le député se demande si l'on ne devrait finalement pas être encore plus volontaire sur cette politique de réglementation de l'alimentation. S'il apparaît que les bons conseils et les taxes ne sont pas finalement pas si dissuasifs, l'approche d'une réglementation devient de plus en plus pertinente.*

M. Flahault pense que le médecin de premier recours joue de toute façon un rôle clé dans la prévention. Maintenant, même si l'on veut renforcer ce rôle, les ressources sont limitées et il faut aussi les préserver. Ce que dit l'USPSTF, c'est que le dépistage de l'hypertension artérielle, avec d'une part le dépistage en tant que tel, est suivi, en cas de suspicion d'une tension trop élevée, de nouvelles mesures en dehors de la présence du médecin pour les vérifier. Il y a donc une deuxième visite pour quelque 30% des cas. On retrouve ces chiffres aux Etats-Unis, mais globalement aussi un peu partout. Il est donc assez fréquent qu'il y ait besoin d'un médecin dans le processus, pour faire des conseils hygiénodietétiques, mais aussi un traitement médicamenteux. On peut donc en effet imaginer une approche à deux étages, en commençant par un dépistage en pharmacie ou auprès d'infirmières, quand bien même ces dernières ne sont pas forcément moins occupées. En cas de suspicion, le patient viendrait alors consulter un médecin, ce qui reste en phase avec ce que disent les données scientifiques. Sur la question du ciblage des maladies cardiovasculaires, un article est paru sur la USPSTF et a chiffré le temps qui serait nécessaire au médecin pour appliquer toutes les mesures recommandées. Il en ressort que ce dernier passerait plus ou moins toute sa vie à le faire. On ne peut donc pas tout demander aux médecins et il faudra faire des choix. L'idée de vouloir faire une motion qui insiste sur l'un des grands facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, l'hypertension artérielle, est une bonne

approche. Malgré le manque de données propres à Genève, il n'en est pas moins vrai qu'il y a probablement un déficit sur ce point qui n'est pas acceptable dans un pays où on peut prendre un facteur de risque invisible, mais très préoccupant. Bien sûr, la santé mentale ou d'autres domaines sont importants. On peut imaginer que le médecin regardera aussi le cholestérol après 45 ans chez ces patients et saura fournir des conseils hygiéno-diététiques. Si la motion pouvait être un peu complétée sur ce plan en proposant un package un peu plus fourni, on pourrait aussi être proactif sur d'autres maladies comme le cancer ou certaines pathologies neurodégénératives. Sur la question de la réglementation, cela ne doit pas être un tabou. Si cela venait limiter les libertés publiques, on pourrait concevoir que cela suscite un certain débat. Il s'agit cependant ici de la teneur en sel des aliments comme le pain, le fromage ou les produits transformés. La force publique rencontrera évidemment des résistances très puissantes de la part du lobby agroalimentaire et il faut donc du courage pour mettre en œuvre ces réglementations. Le citoyen en tant que tel ne sera finalement pas très choqué puisqu'il ne s'agit pas de proposer du pain sans sel ou de faire des restrictions, mais plutôt de revenir à des seuils raisonnables. Le sel étant un très puissant additif et réhausseur de goût, l'industrie a très bien compris son importance pour la production de ces produits transformés. M. Flahault est tout à fait du versant de ceux qui pensent que plus de réglementation dans ce domaine serait bénéfique.

*S : se permet de répondre à certaines interrogations du professeur sur ce texte en tant qu'auteur. La motion ne se veut pas forcément exhaustive et très directive, et le but est surtout d'initier la mise en place de telles consultations. Il sera important de bien réfléchir à qui sera pris en charge et à la façon dont le dispositif sera mis en place, mais cette démarche sera gérée par le département. Il est aussi important de cibler une problématique spécifique puisqu'il est très difficile de tout prendre en charge pour tout le monde. Cette problématique est assez importante et assez répandue pour avoir un impact auprès de la population. Comme il n'est pas non plus possible d'offrir une consultation pour l'ensemble de la population, il convient aussi d'avoir un ciblage au niveau de la pyramide des âges, mais ce point peut être changé, tout le monde ayant besoin de dépistages. La députée n'imaginait pas non plus une consultation uniquement autour du médecin traitant, mais plutôt dans une perspective pluridisciplinaire, avec un certain nombre de professionnels de santé pouvant effectuer ces dépistages. Par son expérience, elle sait qu'un certain nombre de patients effectuent des dépistages dans des pharmacies et peinent ensuite à trouver un médecin en cas de besoin d'examen approfondis. Cela souligne la nécessité d'inclure les MPR, puisque l'on aura besoin d'eux à un moment ou à un autre, via un référent médical qui puisse assurer cette*

veille. Sur la question de l'âge, il est important de commencer assez tôt à faire de la prévention auprès de jeunes encore en bonne santé, puisque l'on sait que les risques augmentent après 50 ans, voire plus tard pour les femmes.

Dans son imaginaire, elle pensait également à une consultation suivie pendant une dizaine d'années, ce qui permettrait aux patients d'être vus plusieurs fois par des professionnels de santé, ce qui permet aussi de répéter les conseils, de faire des bilans et d'avoir une approche personnalisée, ce qu'il n'est pas possible d'avoir pendant les campagnes. La députée reste cependant ouverte aux propositions de modification des invites pour arriver à quelque chose de plus adapté et de plus acceptable.

#### **Audition de :**

- **M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat/DSM**
- **M. Panteleimon Giannakopoulos, directeur général a.i./OCS**

M. Maudet remercie la commission de son invitation. Il précise en premier lieu qu'après avoir suivi les procès-verbaux sur ce texte, le département s'accorde évidemment avec la vision des motionnaires, tant sur le fond que sur les constats et les aspirations de la motion. La question repose maintenant sur la marge de manœuvre et la faculté pour déployer des mesures concrètes. Sauf erreur, le conseiller d'Etat avait déjà eu l'occasion de s'exprimer sur cette motion en marge d'une précédente audition, et notamment sur les démarrages qui ont été initiés avec le centre de médecine de premier recours afin de favoriser une formation plus duale et de mieux intégrer la médecine de ville dans le parcours prégradué. M. Maudet revient cependant volontiers sur ce qui a été fait depuis fin novembre 2023 en particulier avec les initiatives du Prof. Guessous et les perspectives de développement de la formation en médecine de premier recours.

M. Giannakopoulos poursuit en expliquant qu'il y a finalement deux éléments. Tout d'abord le constat, à savoir l'aspect inéquitable de la participation de l'assurance-maladie en Suisse aux coûts ainsi que le lien entre cet aspect et la prévention des maladies cardiovasculaires. Il est assez important de séparer les deux choses. Si on fait une analyse d'où cela pèse le plus par rapport aux personnes, on retrouve les soins ambulatoires, les soins de longue durée et les biens de santé. Maintenant, le lien avec les maladies cardiovasculaires paraît moins évident. Fort heureusement, certaines des grandes pathologies des années 1990 ont vu leur incidence baisser, notamment grâce aux efforts coordonnés et de prévention du système de soins, y compris pour les maladies cardiovasculaires. On voit donc les fruits du travail de prévention avec une baisse de l'incidence de manière assez significative. La



baisse de ces maladies tend d'ailleurs à rejoindre ce que l'on voit pour les cancers. On peine alors quelque peu à faire le lien entre ce qui pèse au niveau du portefeuille et ce que l'on peut faire pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Maintenant, l'OCS a de toute façon une liste d'actions entreprises à l'instar des actions de promotion d'un environnement favorable, d'une mobilité active, de la pratique du vélo et de tous les éléments qui peuvent agir pour limiter le développement de facteurs de risque. Il est prévu de poursuivre sur ce qui se faisait déjà sur la période 2023-2028, avec une intensification. Cependant, l'élément le plus important qui reste en suspens est la causalité entre ce qui se passe au niveau des maladies cardiovasculaires et les répercussions financières sur le portefeuille. Fort heureusement, la situation tend à s'améliorer et les efforts entrepris depuis des années ont eu des impacts au niveau épidémiologique avec une baisse de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires.

### ***Questions et remarques des députés***

*PLR : rappelle que l'on a en effet constaté une baisse de l'incidence des maladies cardiovasculaires ces dernières années et demande si l'on a pu identifier quelles actions spécifiques avaient contribué à cette baisse. D'autre part, dans la perspective d'un programme comme celui que la motion envisage, et au vu de demandes un peu floues dans la mise en œuvre, le député demande si on ne pourrait pas clarifier les choses en allant vers une perspective plus déterminée et en initiant un programme de dépistage sur les facteurs de risque cardiovasculaire. On connaît les principaux facteurs de risque comme le diabète ou le cholestérol. Si un certain nombre d'actions sont menées de façon non coordonnée par les entreprises et les associations à l'instar de Diabète Genève, on pourrait envisager un programme similaire de dépistage des facteurs de risque en collaboration avec l'Etat. Si oui, avec quelle stratégie ?*

M. Giannakopoulos confirme que dépister les facteurs de risque permet en effet d'agir sur le développement potentiel de ces maladies. L'OCS mène un grand travail sur ce point, en lien avec les partenaires privés et les associations, afin de promouvoir le travail de prévention primaire ou secondaire sur ce que l'on sait déjà sur le plan épidémiologique. Ceci a en effet permis la baisse de la fréquence de ces maladies, notamment grâce à une meilleure maîtrise de l'hypertension ou encore du diabète. On sait aussi que les recommandations au niveau du comportement de santé ont eu un effet, avec des études qui montrent un lien assez clair avec les changements dans l'alimentation et la pratique de l'exercice physique, de manière plus fréquente qu'intense. Il y a eu de très bonnes études publiées sur cela qui confirment l'intérêt de cette promotion de

la santé. L'OCS travaille régulièrement avec les associations sur la promotion des facteurs de santé, y compris en lien avec les maladies cardiovasculaires. On pourrait imaginer un focus plus important sur la question, en faisant quelque chose de plus coordonné et pas uniquement avec des missions, des mandats ou des liens avec les associations. La question se pose cependant pour d'autres domaines, par exemple la santé mentale. Il faut donc se demander s'il faut mettre plus de moyens sur ces enjeux en se disant qu'ils sont prioritaires et qu'ils doivent être coordonnés par l'OCS. Le travail se fait plutôt au cas par cas actuellement, mais on pourrait envisager d'aller vers un plan de grande envergure.

*S : revient sur le lien entre le poids des coûts de la santé au niveau personnel et le développement de maladies cardiovasculaires. S'il est vrai de dire que les maladies cardiovasculaires sont en baisse, on sait aussi que les personnes avec un niveau socio-économique plus bas sont touchées de manière disproportionnée, notamment en raison de l'accès aux soins plus compliqué, d'un manque d'information ou encore d'une alimentation de moindre qualité. Il y a donc un vrai aspect financier dans le développement de ces maladies et jouer sur ces questions d'inégalité pourrait avoir un impact sur la prévalence des maladies cardiovasculaires au sein de ces populations précarisées. D'autre part, les auditionnés ont fait référence à la marge de manœuvre du DSM et de l'OCS et la députée demande quelle est justement la marge de manœuvre pour ce genre de missions sur une problématique ciblée, à l'instar de ce qui se fait pour le cancer du sein et le cancer du côlon.*

M. Giannakopoulos confirme que, parmi les facteurs associés à la prévalence des maladies cardiovasculaires, on retrouve en effet un lien avec l'appartenance à des milieux socioculturels fortement défavorisés, de manière très forte aux Etats-Unis et de manière un peu plus modeste en Europe. Cela peut en effet être lié à la question de l'accès à l'information ainsi qu'à l'accès à une alimentation saine en raison des coûts. On dispose aussi de résultats de ce type-là à travers tout ce qui a été fait pendant des années par le Bus santé et aujourd'hui par l'étude Specchio. On a donc des données qui prouvent le bien-fondé de cette association. On ne peut pas faire une association sur le plan financier, mais on pourrait partir vers une identification d'une population à risque avec un travail de prévention primaire et secondaire qui serait adapté. Ce n'est pas développé aujourd'hui, mais, grâce aux très bonnes collaborations avec l'étude Specchio et avec certaines associations, on peut faire un travail spécifique sur les populations vulnérables.

M. Maudet précise que l'enjeu n'est pas tellement le dépistage, mais plutôt des actions ciblées notamment en raison de la géographie établie par l'étude Specchio. Dans le plan de prévention et de promotion de la santé 2024-2028,

on retrouve toute une série d'opérations en lien avec le département chargé des sports. Cela passe donc aussi par les infrastructures. Il y a un plan assez ambitieux pour augmenter la capacité de pratiquer la natation sur le canton. On a une capacité d'action limitée sur les questions de nutrition, mais le contreprojet à l'IN 193 sera l'occasion d'en reparler prochainement, notamment grâce aux questions qu'il pose sur le financement de ces mesures via la taxe au sucre. On en est aussi à un stade où le Conseil d'Etat a envie d'investir dans la prévention parce qu'il en voit les bénéfices directs. Cela peut se faire en collaboration avec l'équipe du Prof. Guessous et tout ce qui a été mis en place avec Specchio. L'objectif de la prévention est aussi de montrer les effets bénéfiques qui sont par définition durs à montrer. On doit le faire dans un contexte où les foyers allumés sont nombreux, divers et importants, par exemple sur la question des addictions. On est assez vite sur des moyens potentiellement limités ou sur des plans d'action qui se heurtent à des questions de ressources qui sont assez vite atteintes. Sur la question spécifique des maladies cardiovasculaires, l'Etat n'est pas dans une logique de dépistage par essence, mais plutôt sur un plan de promotion de la santé et sur des actions indirectes sur la promotion du sport, y compris avec la réalisation de la troisième heure de gymnastique au secondaire.

*S : rappelle que la motion ne parle pas que de dépistage, mais aussi de promotion et de prévention de la santé. Quand on regarde les changements d'habitude, on sait que les mesures individualisées et personnalisées ont beaucoup plus d'efficacité que les grandes mesures générales, bien qu'elles soient aussi nécessaires. On peut faire de grandes choses, mais l'efficacité sera moindre si on ne les combine pas à des efforts plus personnalisés.*

M. Maudet partage cette vision et rappelle que l'on a fêté cette semaine les 25 ans de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein et du cancer du côlon. On pense maintenant à étendre le dépistage à d'autres types de cancers, le cancer représentant un enjeu considérable dans le catalogue des maladies chroniques. Il est vrai que si on le soigne mieux et qu'on en meurt moins, on a aussi besoin de plus de suivi. Avoir plus de capacité en amont représente une belle opportunité pour désamorcer ces situations. C'est moins valable pour les maladies cardiovasculaires, mais, par contre, il y a une possibilité d'agir de façon très large avec les mesures en matière de mobilité et notamment la promotion de la marche et du vélo pour lutter contre la sédentarité et in fine le développement de maladies cardiovasculaires.

M. Giannakopoulos précise que, quand on veut traduire la médecine basée sur les évidences vers une médecine personnalisée, il faut aussi déterminer quel est le public cible. Si on prend des personnes qui viennent de milieux socioculturels particuliers, il faut regarder l'addition des facteurs de risque.

Aller dans cette direction pourrait être un pari gagnant et le dépistage pourrait venir compléter des actions avec une plus large échelle.

Un député MCG se demande si le Bus santé est quelque chose qui existe encore. Il se rappelle, lorsqu'il travaillait dans la carrosserie, que le fourgon venait pour proposer une radio des poumons, un test de diabète ou encore pour l'hypertension. Il demande également si dans les différentes entreprises à risque, par exemple dans la parfumerie, on pourrait relancer le Bus santé pour faire de la sensibilisation en fonction des risques selon les produits et le type de travail. Le député demande également si on dispose d'une carte de Genève avec des points plus risqués que d'autres.

M. Giannakopoulos répond que le Prof. Guessous pourrait donner plus d'informations sur ce point. Le Bus santé existe toujours, mais a évolué, notamment avec Specchio, afin de collecter de plus grandes bases de données. Maintenant, on ne peut pas dire qu'il existe une cartographie par rapport à l'accumulation de facteurs de risque cardiovasculaire par quartier, même avec les résultats de Specchio. Il faut rester modeste par rapport au fait qu'en faisant cet effort, le nombre de cas que l'on peut avoir reste limité, ce qui complique la possibilité d'avoir une cartographie fiable par quartier. La collaboration avec l'étude populationnelle va cependant se renforcer pour arriver à quelque chose de moins grand format qui permette d'identifier des populations cibles pour mieux agir. Il faut aller vers beaucoup plus de cas par cas et vers quelque chose de plus individuel. Il faut donc être capable, à travers les études épidémiologiques, d'agir quand les facteurs s'agrègent. On peut et on doit aller dans cette direction, y compris pour faire vivre le plan de prévention et de promotion de la santé 2024-2028, ce qui nécessitera un travail supplémentaire tout à fait conséquent.

*Le président demande si le registre des tumeurs ne permet pas d'avoir cette géolocalisation.*

M. Giannakopoulos répond que c'est en effet le seul exemple où on a cette localisation à travers la déclaration obligatoire des tumeurs. Le registre des tumeurs a cependant connu des moments difficiles par rapport à son avenir. On serait évidemment très content d'avoir un équivalent pour les maladies cardiovasculaires afin de savoir où agir et comment, ceci d'autant plus que, contrairement aux tumeurs, l'épidémiologie donne pour les maladies cardiovasculaires une accumulation de facteurs de risque qui sont très liés à la situation sociale des individus.

*PLR :note que si tout le monde peut se retrouver sur la problématique des maladies non transmissibles et notamment sur les maladies cardiovasculaires, il souhaiterait une position plus claire du département sur les invites de la*

*motion et en particulier sur la première, qui invite le Conseil d'Etat à instituer une consultation de prévention et de dépistage pour les maladies cardiovasculaires entre 40 et 55 ans, remboursée par l'assurance obligatoire des soins, hors franchise, et sur un mode forfaitaire. Le député se demande ce que ferait le Conseil d'Etat en cas d'acceptation de ce texte.*

M. Maudet confirme qu'il y a un petit problème de compétence et que c'est plutôt l'Assemblée fédérale qui serait compétente. Le conseiller d'Etat reste un peu sceptique sur ces dépistages qui n'ont pas vraiment de sens, contrairement à de la prévention plus ciblée pour les 40 à 55 ans qui sont souvent des oubliés de la prévention. A priori, le département n'est pas favorable à cette première invite qui lui semble peu réaliste et il présente volontiers ses plans en matière de prévention. Sur la deuxième invite, il s'agit de la résultante de tous les développements sur le déterminisme social dans le développement de certaines maladies. Maintenant, si on conditionne l'accès à cette consultation au revenu, M. Maudet y voit un danger de création de seuils. Il faudrait plutôt aller dans le sens d'une capacité à atteindre une population plus vulnérable. Pour ce qui est du partenariat avec les médecins de premier recours pour assumer cette consultation, le conseiller d'Etat imagine que les auteurs pensent aux cabinets de ville. La discussion avec les médecins généralistes n'est pas simple, déjà parce qu'ils manquent et d'autre part parce que la capacité à voir ces populations comme des patients qui vont ensuite pouvoir pleinement assumer les coûts est compliquée. S'il comprend la dernière invite, il faudrait monter un partenariat avec la faïtière des médecins de famille.

*S : précise que la motion imagine plutôt des médecins qui incluent leurs patients dans un programme.*

M. Giannakopoulos revient sur la première invite et confirme que les 40-55 ans sont une population intéressante sur le plan médical puisque c'est à ce moment que l'on constate les premières modifications microvasculaires qui commencent à cet âge, voire parfois entre 35 et 45 ans. La plupart des pays conseillent donc d'aller contrôler ces populations et même d'avoir des seuils assez bas pour la tension. Donc, sur ce plan, fixer cette population ferait sens en termes de prévention, si ce n'est qu'il n'y aurait pas de sens à prendre l'ensemble de cette population et qu'il faudrait mieux cibler en fonction des caractéristiques socioculturelles. Au niveau de la deuxième invite, avec le facteur du revenu, on pourrait se demander quelles sont les personnes qui sont les plus exposées aujourd'hui. Il s'agit peut-être de gens dont la santé commence à se détériorer entre 40 et 55 ans, parce qu'ils commencent à avoir un surpoids qui peut se transformer en obésité, parce qu'ils sont dans un milieu socioculturel défavorisé ou encore parce qu'ils sont en surconsommation de

sucre. Il faut peut-être imaginer reformuler les choses et M. Giannakopoulos pense que le dépistage a un sens lorsque l'on est plus précis. Pour les médecins de premier recours, l'idée pourrait faire sens, comme pour le programme cantonal de dépistage du cancer. Il faudrait mettre autour de la table des généralistes et des cardiologues afin de sensibiliser sur cette dimension précise afin de faire un dépistage plus important. Il faut cependant de nouveau fixer la population la plus adéquate afin d'avoir les meilleurs effets.

*PLR : se demande quel intérêt ont, par exemple, les tests d'effort faits sur un screening, en sachant que tous les tests d'efforts ne sont pas forcément pratiqués par des gens qui sont des médecins. La machine peut détecter des aberrations ou des erreurs assez facilement, ce qui donne une information qui peut ensuite être traitée par un médecin. Finalement, on pourrait détecter une partie d'une problématique via ces tests d'efforts, ce qui coûterait encore moins cher que l'examen de colonoscopie que l'on fait aujourd'hui.*

M. Giannakopoulos répond que les tests d'effort sont utilisés dans différents pays dans une optique de prévention primaire, mais aussi secondaire. Le problème est qu'il faut quelqu'un pour le faire et l'interpréter correctement, ce qui n'est pas possible sans appui médical puisque l'on risque de créer des faux positifs et d'avoir des alertes là où il n'y en a pas. On sait que ces tests sont tout à fait intéressants quand les gens commencent à avoir des difficultés et que l'on peut réagir parce que l'on identifie le seuil d'alerte. Ces tests posent à nouveau la question de la population cible et il y a des gens qui peuvent être plus exposés avec des alertes de différents types. On sait aujourd'hui que, si on le fait chez des gens totalement asymptomatiques, l'investissement par rapport à ce que l'on va détecter est complètement défavorable. Si les mesures ne sont pas bien prises, cela va créer une inquiétude chez les gens qui n'a pas lieu d'être. Il faut donc vraiment se demander qui va interpréter ce test d'effort avant d'en faire un.

#### **Audition de :**

- ***M. Nicolas Müller, membre de la direction du réseau Delta***
- ***D<sup>r</sup> Dorian Schaller, membre de la direction du réseau Delta***

M. Schaller remercie pour cette opportunité de venir présenter le réseau Delta et indique qu'il est pour sa part médecin interniste généraliste installé à Onex et à la gouvernance du réseau depuis trois ans.

M. Müller indique qu'il a pour sa part rejoint le réseau pas plus tard que lundi dernier après une carrière au sein du DSM. Il représentera désormais le réseau Delta.

M. Schaller propose, avant de rentrer dans le vif du sujet, de faire un bref point sur l'histoire du réseau. Le réseau Delta est actif depuis les années 1990, à la suite d'une modification de loi dans la LAMal en 1996 qui prévoyait la création d'une nouvelle forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations. Ce nouveau modèle avait pour objectif de répondre au problème de fragmentation du système de santé, aux coûts importants et à l'insuffisance de prise en charge des maladies chroniques. Ce modèle mettait en place une organisation avec un rôle renforcé du médecin traitant, devenant le véritable gatekeeper du système de santé et validant pour ses patients la possibilité d'avoir accès à d'autres spécialistes, mais aussi un coordinateur du parcours de soin du patient tout au long de son état de santé. Cette réforme était le début des soins intégrés, avec une réflexion sur une prise en charge plus structurée des soins et toujours une volonté d'optimiser les prises en charge et de tendre à une gestion plus efficace des ressources qui coûtaient déjà très cher à l'époque et qui étaient déjà une source de gaspillage. Aujourd'hui en 2024, 140 000 assurés font confiance au réseau Delta à Genève et 300 000 dans l'ensemble de la Suisse romande. 1000 médecins dans l'ensemble de la Suisse romande s'occupent de la santé de ces patients. En partenariat avec d'autres professionnels, ils s'occupent de la coordination des soins et de l'optimisation des soins. Le réseau s'occupe de tous ces professionnels pour mettre à leur disposition des outils de travail, des programmes de santé, mais aussi de la formation. Le réseau Delta est soutenant pour la médecine de premier recours, mais peut-être plus largement pour répondre aux problématiques de santé, aux problématiques d'accès et de coûts, dans l'optique de pérenniser le système dans les années à venir.

La motion étudiée ce jour a été écrite dans le but d'améliorer la prévention cardiovasculaire en faisant attention aux populations avec un faible revenu. L'objectif principal est de diminuer l'impact médico-économique de ces maladies, mais aussi de renforcer l'accessibilité des soins pour les personnes à faibles revenus et de valoriser les soins de premier recours en partenariat avec la médecine de famille.

M. Müller poursuit sur la vision politique du réseau sur ce point. Si l'on regarde les grands objectifs du réseau, beaucoup rejoignent ceux qui sont présentés dans cette motion, et notamment cette ambition de remettre la médecine de premier recours au centre du dispositif, ce qui rejoint cette volonté d'impliquer ces médecins dans ces actions de prévention. Le réseau est aussi largement partisan d'une approche plus proactive en matière de prévention tout comme il souhaite participer à réduire les inégalités d'accès aux soins. Il est donc engagé pour soutenir et appuyer ces aspects développés dans la motion. Il considère que les soins de santé primaire et les soins de prévention sont une

solution efficace qui permet tant d'améliorer la qualité de vie pour les patients que d'améliorer les coûts. Il faut cependant relever que le lien qui est fait avec le programme cantonal de dépistage du cancer colorectal est difficile à faire pour l'instant dans la mesure où le dépistage cardiovasculaire n'est pas encore inscrit dans l'ordonnance sur la prescription des soins, ce qui fait que l'intégralité des soins est prise en charge quand c'est le cas. La motion demandant le remboursement par la LAMal, elle se lance dans un processus de reconnaissance de ces actes de prévention qui est très long, alors qu'il existe des voies alternatives avec des financements cantonaux qui permettraient d'atteindre plus rapidement l'objectif.

M. Schaller rappelle qu'il est prouvé sur le plan clinique que la prévention fonctionne, qu'elle diminue la pression sur les infrastructures et diminue les coûts. Concernant la prévention cardiovasculaire, on sait qu'il existe des programmes efficaces dans divers pays, avec des résultats positifs sur l'incidence de ces maladies. Il y a également un impact économique favorable sur le long terme du fait d'avoir évité des événements et des complications. Il faut souligner que dans la plupart des programmes de prévention cardiovasculaires dans différents pays, il y a une utilisation d'une combinaison d'approches qui permet d'aborder les différents aspects liés aux risques cardiovasculaires. Ces approches peuvent être populationnelles ou individuelles, peuvent comprendre des mesures qui touchent différents déterminants sociaux de la santé. Comme les députés le savent, les maladies cardiovasculaires ne sont pas que des maladies, mais aussi la conclusion de problématiques qui sont bien plus larges que les seules problématiques somatiques. Donc, au-delà des interventions comme le dépistage proposé dans cette motion, la plupart des programmes proposent des mesures d'éducation et de sensibilisation ainsi que des formations de professionnels de patients ou encore des mesures de modifications de comportement avec des programmes sur le mouvement, la nutrition ou le stress. Ces mesures s'accompagnent de politiques publiques qui favorisent la santé cardiovasculaire à l'instar de réglementations plus strictes sur le tabac ou de taxes sur les boissons sucrées. Les programmes peuvent donc fonctionner à la condition d'être pluriels et de prendre en considération différents aspects liés à la problématique. Le réseau Delta soutient l'implémentation des mesures de prévention proposées par cette motion, qui sont alignées avec les recommandations professionnelles et qui promeuvent une approche plus efficiente et validée scientifiquement de la médecine.

M. Müller poursuit sur l'impact pour les citoyens de cette motion. Ce texte favorise l'accès aux soins plus large en mettant en avant la question de la problématique financière. Le but de la motion est d'améliorer l'accès aux soins



préventifs pour les plus vulnérables, notamment sur les questions cardiovasculaires. Les auteurs comptent pour cela solliciter le réseau de médecins de premier recours, y compris pour offrir aux patients un moment privilégié pour parler de sa santé sans être mené à cette consultation pour un problème aigu. Il s'agirait aussi d'un moment privilégié pour le médecin pour proposer des programmes de prévention ou des actes de promotion de la santé. Le réseau s'interroge toutefois sur la manière dont tout cela pourra se mettre en place, et notamment pour savoir si les bonnes personnes vont pouvoir en profiter. Il est prévu que les personnes avec les revenus les plus faibles soient prioritaires, mais il faut se demander s'il n'y a pas d'autres facteurs à regarder comme le fait d'être étranger ou le faible niveau de formation. Cela va aussi poser des enjeux de communication autour de ces mesures, le tout pour une population très hétérogène. Il n'en restera pas moins essentiel de pouvoir embarquer ces personnes, mais il faut aussi pouvoir dépasser les seules problématiques financières.

M. Schaller conclut en rappelant que le réseau Delta soutient le renforcement de la médecine de premier recours, l'accès à la prévention et l'équité dans les soins. Les objectifs de la motion sont donc non seulement pertinents, mais aussi nécessaires pour améliorer la santé globale de la population. Le réseau est favorable à ce texte qui répond à des besoins critiques de santé publique en Suisse, tout en privilégiant une approche multimodale qui permette de cibler au mieux les populations qui devraient en bénéficier le plus. La question des partenaires impliqués dans le projet ainsi que celle du financement transitoire en attendant une prise en charge par la LAMal restent en suspens.

### ***Questions et remarques des députés***

*PLR : indique que des amendements sont déjà envisagés par les députés par rapport au texte initial de cette motion. Le député se demande finalement s'il y a vraiment besoin de médecins pour faire de la prévention et du dépistage, en sachant que l'on a déjà un grand besoin de généralistes pour prendre en charge les malades.*

M. Schaller répond que tout dépend si l'on parle de prévention primaire ou de prévention secondaire. La prévention repose sur différents aspects, que ce soient des problématiques somatiques ou bien des déterminants sociaux de la santé. On peut donc commencer à faire de la prévention primaire bien au-delà du seul système de santé en organisant mieux des quartiers pour par exemple éviter que les gens prennent leur voiture et privilégient le vélo. On peut faire de la prévention à tous les niveaux avant d'atteindre le médecin. Par ailleurs, la prévention n'est pas non plus quelque chose de très onéreux pour l'Etat et

n'est pas forcément privilégiée actuellement dans le système de santé. Pour des patients qui ont 50 ans et sont en bonne santé, on pourrait envisager d'avoir des préventions qui soient faites par d'autres professionnels de santé comme des infirmières ou des pharmaciens. Il arrive cependant un moment où l'on commence à avoir différentes maladies et où la prévention prend un sens différent puisque l'association de différentes maladies peut engendrer différentes problématiques et il devient un peu compliqué d'intégrer tous ces éléments lorsque l'on n'est pas médecin. Pour résumer, on peut faire une prévention pour toutes les dimensions de la santé au-delà du médecin, mais plus on avance en âge et plus on présente des maladies secondaires, plus le rôle du médecin peut se révéler important dans la prévention.

*PLR : se demande si des lieux comme les écoles, les collèges, l'université ou les entreprises sont aussi des lieux pour travailler sur ces éléments de prévention et de promotion de la santé.*

M. Schaller répond que cela doit aussi faire partie des informations que la société devrait recevoir, que ce soit sur le mouvement, la bonne alimentation ou encore la gestion du stress. On peut en effet se passer de médecins pour ces actions et les faire intervenir s'il y a des pathologies qui émergent. On voit des entreprises être par ailleurs proactives dans le domaine et aller bien au-delà de ce que proposent certains médecins. La question reste évidemment de savoir de quel type de dépistage on parle et si on reste sur des choses qui ont été prouvées.

M. Müller précise que, sur l'aspect de la prévention primaire, le DSM a fait un gros travail en matière de prévention et de promotion de la santé, notamment avec un plan cantonal de prévention qui contient des actions au niveau de la prévention primaire. Cette dernière peut avoir lieu dans tous les lieux où l'on peut toucher la population et elle arrive donc avant même que le problème de santé ne se déclare. Pour la suite, et donc les échelons supérieurs de prévention secondaire, suivant le type de dépistage que l'on veut faire, on peut imaginer pour soulager les médecins de premier recours d'avoir les premières étapes de dépistage dans d'autres lieux que le cabinet du médecin, avec une infirmière ou avec un pharmacien, par exemple sur la prise de tension ou la prise de sang. Ces mesures permettent d'intégrer les gens qui auraient peur d'aller chez le médecin, par crainte ou par manque de capacités financières. Il y a par ailleurs un projet du réseau Delta qui vise à ouvrir à Genève des points de santé communautaire dans lesquels des infirmières et infirmiers en pratique avancée, sous la responsabilité du médecin, pourraient faire ces actions financées par le réseau Delta et l'assureur. Le médecin reste en tout cas au cœur du dispositif et ne doit pas être isolé dans le système.

*Le président demande aux auditionnés de repreciser la définition de la prévention primaire et secondaire.*

M. Schaller indique que l'on parle de prévention primaire chez une personne qui n'a pas de maladie et pas de symptômes. Ces actes visent donc à rechercher des facteurs de maladie. On parle en revanche de prévention secondaire pour des personnes qui ont déjà connu un évènement cardiovasculaire et qui présentent donc des symptômes.

*UDC : a eu encore récemment l'occasion d'entendre dire que beaucoup de jeunes étudiants en médecine ne veulent plus être médecins généralistes et veulent au contraire monter en spécialité. Il se demande quelles sont les pistes pour envisager cela à l'avenir.*

M. Schaller répond que le médecin généraliste souffre d'une certaine image, à tort, de médecin qui n'a pas fait une formation spécialisée. Il s'agit là d'une image parfois peu valorisante et qui ne facilite pas l'encouragement. Il est vrai que l'on annonce une pénurie et tout le monde semble se mettre d'accord sur cela, de la même manière que l'on voit venir des pénuries dans d'autres professions de santé dans les prochaines années, ce qui va générer des problématiques d'accès et de prise en charge, y compris au niveau de la médecine de premier recours. Il y a des initiatives qui sont lancées pour revaloriser cette image et pour donner envie aux étudiants d'aller dans cette voie. Il s'agit en tout cas d'un vrai souci qu'il faut avoir, notamment pour voir comment on va gérer en 2050 le pic de polymorbidité. C'est pour cela que le docteur a intégré le réseau Delta, pour participer à cette réflexion afin de trouver d'autres manières d'organiser les soins. Il faudra trouver d'autres professionnels de santé pour pallier le manque de médecins. Dans les faits, les médecins font beaucoup de choses qui pourraient être déléguées, et on pourrait s'occuper de beaucoup plus de patients si c'était plus souvent le cas. Il va donc falloir trouver à travers les partenaires ambulatoires de nouveaux partenaires pour prendre en charge les patients. Il va aussi falloir revaloriser le métier de médecin généraliste, notamment avec les horaires en soirée et le weekend qui ne sont plus assez attractifs. Si l'on ne valorise pas le système de santé primaire, on ne parviendra pas à prendre en charge cette population vieillissante et polymorbide. La pénurie de médecins est une réalité et il faut donc s'attaquer à trouver des solutions, même si cela se joue surtout au niveau fédéral. Il faut aller vers de nouveaux modèles, comme ceux qu'envisage le réseau avec le développement de ces points santé gratuits, mais aussi avec le développement d'une plateforme santé avec des outils pour permettre aux patients de prendre en charge la gestion de leur santé.

*UDC : se demande si un médecin spécialisé pourrait faire un cours à part pour être généraliste en même temps.*

M. Schaller répond que l'on demande quand même rarement à des spécialistes d'aller se pencher sur d'autres domaines que le leur. Par ailleurs, on sait que les jeunes médecins en formation ont tendance à demander plus d'examens parce qu'ils se forment tandis qu'un médecin en fin de carrière a tendance à être plus pragmatique et à demander moins d'examens, sans que les gens s'en portent moins bien. Concrètement, quand on ne sait pas faire, on ne fait pas bien. Il y a donc une vraie importance de la formation, ne serait-ce que pour éviter la multiplication des actes médicaux. Un spécialiste n'est pas un généraliste et n'a pas le titre pour l'être, à moins de reprendre plusieurs années d'études.

*UDC : revient sur la première invite qui propose d'instituer des consultations de dépistage. Le député a récemment eu l'occasion d'effectuer en pharmacie un dépistage pour le cholestérol, qui est un vrai facteur de risque cardiovasculaire, et ce pour 40 francs avec un examen très complet. Il se demande donc quelle est la vision des médecins sur ces examens.*

M. Schaller rappelle que les maladies cardiovasculaires représentent environ 80% des décès et sont une des causes majeures de mortalité en Suisse. Quand des gens font des infarctus à 70 ou 80 ans, il est assez fréquent que ces personnes aient présenté des facteurs de risque depuis des années, et ce sans symptômes. Or, ces facteurs de risque sont bien identifiés comme étant des causes potentielles pour déclencher des maladies cardiovasculaires. Dépister le cholestérol reste donc évidemment important, au même titre que dépister d'autres facteurs de risque. Maintenant, pour déterminer qui fait cette vérification, il s'agit d'une autre question. La pharmacie va en tout cas donner un résultat brut et, s'ils sont normaux, il n'y aurait pas grand intérêt à consulter un médecin. En revanche, en cas d'anomalie, il faudrait aller questionner un médecin et regarder ce que l'on peut faire. Les pharmacies ont en tout cas un rôle à jouer et peuvent augmenter l'accessibilité, même si ces dépistages ne suivent pas toutes les recommandations établies et peuvent donner lieu à des différences d'interprétation par manque de formation.

*UDC : demande s'il y a encore beaucoup de risques d'erreur dans la détection par des machines.*

M. Schaller répond que même dans les laboratoires il y a 10% d'erreur, pour autant que l'on puisse définir ce qu'est une erreur. On peut avoir un patient qui a un faible taux de cholestérol, mais qui est hypertendu, qui est diabétique, qui fume et qui ne bouge pas, pour qui l'indication qu'il faut le traiter existe déjà au vu du risque global problématique à dix ans. En revanche,

on peut avoir des gens qui ont un cholestérol bien plus haut, mais qui ne fument pas, qui bougent et qui mangent bien que l'on ne traite pas. On n'est pas seulement face à un chiffre, mais dans le cadre d'une interprétation de résultats sur un ensemble de facteurs de risque qui donnent un score de risque, dont fait partie le cholestérol. S'il n'est pas inintéressant de tester le cholestérol, cela ne saurait suffire. Il faut de vraies guidelines pour que même les pharmaciens puissent mener ces tests de manière standardisée et donner des résultats plus complets.

*PLR : note que, si on regarde ce qu'on considère comme un protocole, on mesure différents paramètres. Dans certains de ces protocoles, l'intervention du médecin est indispensable, par exemple pour une colonoscopie, pour d'autres, on peut faire sans lui. Le député se demande donc si l'IA pourrait aussi traiter ces données et générer une réponse afin de savoir s'il faut ou non aller consulter un médecin suite à ce test.*

M. Schaller a récemment lu un article dans la revue médicale suisse portant sur ces check-up. Dans les faits, aucun check-up n'a démontré un bénéfice en matière de mortalité. Or, on fait justement beaucoup de ces tests pour des gens qui n'en ont pas besoin. La question est donc plus large et il faut aller se questionner sur l'utilité du dispositif. Dans les faits, si cet examen peut avoir recours à l'IA, il faut aussi rappeler que la colonoscopie peut être faite par des techniciens en radiologie et pas uniquement par des gastro-entérologues. Beaucoup de choses peuvent se faire avec l'IA et vont se faire avec l'IA. La vraie plus-value du médecin n'est en effet pas dans le check-up, mais plutôt dans la gestion des polymorbidités complexes, et donc le fait de comprendre ce qui se passe, d'interagir et de faire des propositions. Il y a toujours une marge d'erreur dans l'interprétation de ces tests, avec parfois des valeurs différentes qui créent de faux malades, ce qui nécessite de continuer à faire d'autres examens. Il s'agit de sensibiliser la population pour y avoir recours au bon moment et de faire en sorte qu'elle ait une information claire pour savoir quand il est nécessaire d'aller voir le médecin.

*PLR : note que le principe des check-up est qu'ils sont ouverts à tout le monde, mais qu'il est aussi recommandé de ne pas en faire. Le député se demande s'il y a une cohérence à aller faire cette prévention primaire auprès de cette population sans mieux sélectionner les patients.*

M. Schaller confirme qu'il est important de sélectionner les bons patients. Il est utile, lorsque l'on a 50 ans, de dépister le cholestérol, et personne ne devrait y renoncer pour des raisons de coûts. La question, en revanche, est de se demander ce que cela apporte de juste le faire. Par exemple, changer le comportement des patients est beaucoup plus difficile et on est au début du problème quand on découvre de l'hypertension ou du cholestérol pour faire

admettre au patient qu'il va falloir changer. C'est aussi le rôle du médecin, à savoir permettre au patient de s'interroger, même si les changements de comportement sont difficiles, par exemple sur le tabac ou sur la mobilité, d'autant plus que l'environnement extérieur ne change pas en parallèle.

*PLR : comprend que la prise en charge dans le système LAMal serait compliquée et se demande s'il s'agit de quelque chose qui pourrait être négocié avec les assurances.*

M. Schaller répond que rien n'est impossible et que tout dépend de la relation. Le réseau a une relation avec 13 assureurs depuis 30 ans et ces derniers sont plutôt motivés à participer à des réseaux de soin. Ils ne sont pas totalement fermés à financer des check-up, ni à s'investir dans des partenariats avec d'autres acteurs dans une démarche multimodale. On peut aussi envisager de travailler avec des laboratoires ou d'autres professions de santé, toujours dans une démarche globale. Le paradoxe de la prévention est que meilleur on est, moins les gens sont malades et plus les gens se disent qu'il n'est pas si utile de venir chez le médecin.

Le président précise que le dépistage du cancer du sein n'était pas non plus pris en charge à l'époque et était financé par le canton sous l'impulsion de M. Seguond. Ce n'est qu'à l'arrivée de M<sup>me</sup> Dreyfuss au DFI que la LAMal a été modifiée. Pour les projets pilotes, il est nécessaire d'initier toute une série de protocoles, mais on connaît la lenteur du législateur fédéral, ce qui ne facilite pas la tâche.

M. Müller poursuit sur la question du financement et précise que, dans des modèles alternatifs, on ne peut pas financer des choses qu'il n'est pas prévu de financer par la LAMal. Le seul moyen de se faire financer dans ces modèles alternatifs, si on est dans un mode de capitation avec un budget global, est que le coût pris en charge par le réseau se traduise par une baisse des coûts que provoquent ces patients qui n'ont pas été dépistés suffisamment tôt. C'est donc difficile à montrer dès le départ et, si cela peut se mesurer, on parle de 5 à 10 ans. L'autre possibilité est celle des projets pilotes qui permettent de faire financer par la LAMal des choses qui ne sont pas prévues, avec des conditions assez importantes.

*Verts : demande comment ces projets pilotes sont acceptés.*

M. Müller répond qu'il est possible de passer par la loi classique, avec une commission d'évaluation de la prestation pour savoir si elle est adaptée. Si cela fonctionne, le processus aboutit à la fin à la modification de l'ordonnance fédérale sur les prestations à la charge de l'assurance. Une autre voie est celle ouverte depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, à savoir proposer des projets qui permettent de faire financer par la LAMal des choses qu'elle ne prévoit pas et donc de

déroger à la LAMal sur certains aspects. Il s'agit de projets qui sont compliqués puisqu'ils doivent respecter les grands principes de la LAMal tout en y dérogeant, sans trop y déroger. C'est le problème qu'ont rencontré les deux premiers projets pilotes, à savoir qu'ils dérogeaient trop. L'OFSP semble s'étonner qu'il n'y ait pas plus de projets qui soient déposés, mais il y a en fait une fenêtre de tir assez étroite et un très grand nombre d'exigences.

#### **Audition de :**

- *M. Bertrand Jacot Des Combes, président de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer*
- *M<sup>me</sup> Rachel Gerber, directrice générale de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer*
- *M<sup>me</sup> Ania Wisniak, médecin responsable de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer*

M. Jacot Des Combes remercie la commission de les avoir invités à donner leur avis sur ce sujet qui est très important et qui les concerne particulièrement dans le cadre de la prévention. Il mentionne directement la prévention cardiovasculaire. Il a vu qu'il y avait quelques phrases de la motion qui laisseraient sous-entendre que cela était assez proche de la prévention et du dépistage des cancers du côlon et du sein dont la fondation est actuellement chargée. Il répond très clairement qu'il en est tout autrement : il y a des différences fondamentales qui existent, et qui ont en partie été soulignées par la commission. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein ou du colon, un diagnostic est posé et des mesures peuvent être prises. Dans la prévention cardiovasculaire, quels que soient les facteurs de risque, il en est tout autrement, car, au fond, l'immense majorité de la population est au courant des facteurs de risque cardiovasculaire qui sont beaucoup communiqués. L'immense difficulté est de les corriger. Il prend pour exemple l'hypertension, qui peut être facilement traitée par des médicaments. Si l'ensemble des hypertendus sont pris en considération, il y en a un tiers qui ignore son diagnostic, un tiers qui le connaît, mais qui n'est pas traité correctement, et seulement un tiers qui est traité correctement. Il prend ensuite le sujet de l'obésité, qui est un sujet ancien. Il en va de même du diabète. Dans ces cas, le fait de changer les habitudes alimentaires et de mettre en place des activités sportives importantes est extrêmement difficile, et il s'agit d'un travail de très longue haleine. Il souligne qu'il est possible de dire cela pour tous les facteurs de risque. Il fait un parallèle avec la cigarette : c'est une chose de savoir que le tabac est mauvais, et une autre d'arrêter de fumer.

Il soulève ensuite avoir lu un rapport qui montrait que les populations défavorisées sur le plan socio-économique et culturel étaient celles qui renonçaient le plus facilement à la prise en charge de soins par rapport aux populations plus favorisées. Cela est vrai, mais il pense que ce serait trop simple d'expliquer ce comportement uniquement par rapport au facteur économique. Il pense que l'aspect culturel est très important. Il voit que la motion mentionne qu'une personne ayant moins de 3000 francs de salaire par mois, ce qui représente 31% de la population, avait renoncé à des soins pour des raisons économiques. Avec moins de 3000 francs par mois, il pense qu'une large partie de cette population est au bénéfice des prestations complémentaires, et en tout cas a droit à des subsides pour les assurances-maladie. Il est alors légitime de se demander si ce n'est pas les prestations complémentaires qui sont un problème : c'est souvent tellement compliqué de réussir à obtenir le remboursement d'une consultation par les prestations complémentaires pour une population défavorisée, qu'elle y renonce souvent totalement ou en partie. Les prestations complémentaires sont donc un obstacle aux soins. A l'inverse, le point positif est que cette partie de la population peut être traitée avec des soins dentaires, ophtalmologiques et autres, ce qui n'est pas offert à l'ensemble de la population.

Il en conclut que la problématique est très compliquée. Il a beaucoup apprécié une remarque qui disait qu'il s'agissait vraiment de la médecine dédiée aux médecins généralistes et internistes. Il trouve cela très juste, car la prise en charge pour des problèmes cardiovasculaires est extrêmement longue. Il se demande quel pourrait être le rôle de l'Etat là-dedans, qui pourrait favoriser un dépistage et encourager les gens à se faire dépister. Il pense qu'il y a 1000 possibilités, par exemple en mettant à contribution les pharmacies, en faisant des campagnes d'affichage. Beaucoup de pistes ont déjà été tentées, et il est visible que le résultat n'est pas toujours à la hauteur des espérances à ce sujet. Il demande s'il pourrait y avoir des incitatifs financiers auprès des médecins de premier recours pour favoriser éventuellement une prise en charge plus large, et pour que les gens soient en tout cas mieux renseignés afin de pouvoir bénéficier des aides qui existent déjà. Il pose la question et laisse la commission répondre.

M<sup>me</sup> Wisniak ajoute qu'elle pense que tous sont d'accord qu'il est essentiel de prévenir les maladies cardiovasculaires. Elle partage une partie de l'avis de M. Jacot Des Combes, qui a une expérience beaucoup plus longue que la sienne. Elle pense que cela pourrait être intéressant de mettre en place un programme de dépistage des maladies cardiovasculaires au niveau de l'Etat. Cependant, l'intégrer dans le programme de dépistage des cancers lui paraît difficile.



### ***Questions et remarques des députés***

*PLR : demande comment est financé le travail de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer. Il souhaite savoir quelle est la partie payée par le canton et les communes.*

M<sup>me</sup> Gerber explique qu'il existe une convention passée avec le canton de Genève, qui couvre 80% des coûts. Ensuite, ce sont les négociations avec les assurances qui permettent une petite marge. Elle souligne que c'est cependant très largement la subvention du canton de Genève qui finance le travail de la fondation.

*PLR : demande si la fondation a des accords avec toutes les assurances.*

M<sup>me</sup> Gerber répond avec les trois grands groupes. Elle précise que presque tous les patients sont assurés par ces derniers. Les seules personnes qui ne le sont pas sont assurées par des assurances internationales, et il s'agit d'un cas particulier qui est propre à la situation internationale de Genève. Cela n'est pas représentatif. Elle explique qu'il s'agit d'accords qui ont été conclus avec les assurances pour garantir un certain coût, et qu'il soit remboursé. Les mêmes prestations qui sont pratiquées en dehors du dépistage ne sont pas facturées de la même manière.

*PLR : comprend qu'il n'y a pas de parfait copier-coller de la prévention et du dépistage du cancer et la prévention et le dépistage des maladies cardiovasculaires. Il souligne cependant que la fondation a au moins un savoir-faire en matière de programme structuré pour le dépistage. C'est donc intéressant de pouvoir profiter de leur expérience. Si la commission essaie d'imaginer un programme cantonal de dépistage des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires qui se manifestent par des événements assez brutaux tels que les AVC, il demande comment la fondation ferait. Si demain la commission donnait à la fondation la tâche d'imaginer l'organisation d'un tel programme, il souhaite savoir ce qu'elle proposerait. Il soulève qu'il y a un taux important d'identification de cancers qu'il sera possible d'idéalement traiter. C'est à ce niveau-là qu'il aimerait connaître leurs réflexions : comment éventuellement imaginer l'organisation d'un programme de dépistage des facteurs à risque dans le cas des maladies cardiovasculaires.*

M. Jacot Des Combes répond qu'il est vrai qu'il n'y a pas eu de réflexion spécifique allant dans ce sens-là. Il y a quelques années, la question avait déjà été posée à la fondation et avait été écartée en expliquant que la situation était vraiment différente de celle du dépistage des cancers. Il est vrai que, dans le cadre de simples invitations, il serait possible d'encourager les gens à prendre contact avec leurs médecins traitants ou à se faire dépister par exemple à la pharmacie. Il y a quand même des écueils importants. Il lui semble que 50 000

à 70 000 invitations concernant le cancer du sein et du côlon sont envoyées chaque année, aux personnes âgées de 50 à 70 ans. Cependant, si on imagine qu'il faut considérer l'ensemble de la population, ce qui est important, car l'hypertension artérielle débute déjà à l'âge de 20 ans, cela fait un énorme nombre d'invitations à envoyer. La question est de connaître le rendement qu'une telle opération va avoir. Il pense qu'une étude de marché est nécessaire pour savoir si cela est faisable.

*PLR : n'est pas sûr d'avoir bien compris quand M. Jacot Des Combes expliquait sa vision d'un programme cantonal de dépistage de maladies cardiovasculaires, et quelle place M. Jacot Des Combes donne aux médecins de premier recours. A moins qu'il y ait une organisation avec des invitations qui pousseraient les gens à se rendre chez leurs médecins, la question ne se poserait pas. Cependant, si l'on se base uniquement sur les recommandations générales de ne pas oublier d'aller chez son généraliste, les médecins continueraient à faire ce qu'ils font aujourd'hui. Ce sont uniquement les personnes qui rencontrent des problèmes de santé qui se rendront chez le médecin, et qui se verront découvrir par exemple de l'hypertension. Il ne s'agit pas là du tout d'un modèle de santé publique. Il souhaite comprendre ce que M. Jacot Des Combes souhaitait dire lorsqu'il mentionnait la place du médecin traitant.*

M. Jacot Des Combes répond que c'est dans le cadre d'une invitation plus large, ou d'une incitation à consulter un médecin de premier recours, pour encourager une plus large partie de population à se faire dépister. Il reconnaît que même lorsque les personnes sont suivies, il est difficile de leur faire changer leurs habitudes afin de corriger les facteurs des maladies cardiovasculaires, ce qui montre toute la difficulté de la problématique. Il est nécessaire que le patient accepte une prise en charge qui dure des années. Une relation de confiance entre le patient et son médecin est alors nécessaire, et va permettre au cours des consultations au médecin de persuader son patient de changer ses habitudes de vie. C'est un travail de très longue haleine qui est déjà largement pris en charge par les médecins. Cependant, une large portion de la population, et certainement celle qui est à très haut risque, n'est pas prise en charge, du moins correctement, par son médecin traitant.

*PLR : souhaite savoir, d'un point de vue complètement théorique, s'il y avait une réelle volonté de prévenir les maladies cardiovasculaires, s'il ne faudrait pas prôner une société sans tabac, sans sucre, sans aliment hypertransformé et sans alcool. M. Jacot Des Combes a bien relevé le fait qu'il était difficile de mettre en place un programme de dépistage systématique et de faire changer les habitudes individuelles. Cependant, lorsqu'on ouvre le spectre, il s'agit d'un problème systémique.*

M. Jacot Des Combes est attaché à la liberté individuelle, et pense qu'il est important que chacun puisse vivre comme il le veut. Il pense cependant qu'il est important que chacun soit informé des risques et des coûts. Il est visible très fréquemment en médecine qu'il y a une notion théorique de la façon dont une personne va réagir face à la mort, mais le constat que, lorsqu'elle y est réellement confrontée, sa réaction est tout autre. Il pense que, pour les facteurs de risque cardiovasculaire, la problématique est la même.

*LJS : a une question globale en termes de prévention du cancer du sein et du côlon, avec un coût-bénéfice qui est énorme. Dans le cadre de cette motion, il y a une demande de fonds publics qui est une somme assez conséquente pour le dépistage. Est-ce que, de par son expérience, M. Jacot Des Combes pense qu'il y aurait besoin de cet argent pour aller dans d'autres programmes de dépistage, par exemple les scanners pulmonaires ? Le dépistage de facteurs cardiovasculaires peut être fait, mais il se demande si la modification d'un des facteurs de risque permet réellement une amélioration de la santé du patient.*

M. Jacot Des Combes répond positivement à la deuxième question. Il est toujours stupéfiant de voir la rapidité des effets bénéfiques lorsqu'un des facteurs de risque cardiovasculaire est corrigé. Le risque créé par l'hypertension artérielle peut être diminué de 50% en à peu près 2 ans. Il admet que cela a un coût. Il mentionne qu'il y a souvent une réaction à propos des coûts liés à la santé qui dit que la prévention devrait être économique. Cependant, cela dépend à quel âge la prévention est faite. Les maladies cardiovasculaires surviennent souvent vers les 55 ou 60 ans d'une personne. C'est un âge où une personne a plutôt tendance à quitter la société. Les coûts qui ont donc été épargnés à un moment donné vont être dépensés plus tard. La réflexion est cependant très différente si l'on s'adresse à une personne de 20-30 ans. Il est clair que le coût en termes de traitement va être important. Concernant la première question, à savoir si la fondation va demander de l'argent à l'Etat pour le dépistage, il répond que cela sera certainement le cas. Mais il restera au Grand Conseil de choisir. Il soulève que, lorsque la fondation proposera un programme de dépistage à la commission, elle sera suffisamment convaincue que celui-ci sera utile et aura un rapport qualité-prix tout à fait bénéfique pour l'ensemble de la population. Cependant, cela ne se fera pas dans les 3-4 ans qui suivent.

*S : revient sur la question d'un député PLR quant à un dépistage sur le même modèle que celui du cancer, où il avait été répondu qu'il faudrait dépister toute la population. Cependant, dans le présent document, il est question des personnes ayant entre 40 et 55 ans. Elle souhaite poser la même question : s'il y avait un ciblage fait sur cette partie de la population, que la gestion était donnée à la fondation et que des invitations étaient envoyées à la*

*population, quelle serait la réponse un peu plus nuancée que l'entier de la population ?*

M. Jacot Des Combes n'a malheureusement pas les chiffres.

M<sup>me</sup> Wisniak peut donner les chiffres concernant la santé publique. Elle trouve l'idée excellente dans le fond de faire un dépistage organisé des maladies cardiovasculaires qui permettrait de sauver des personnes et d'éviter des complications. La question est de savoir quelle tranche d'âge est visée, et à quelle fréquence, quel examen sera proposé. Ce sont là des questions qu'il faut creuser. Pour l'instant, la fondation étant spécialisée dans le cancer, elle n'a pas de réponse à ces questions. Elle pense qu'il est nécessaire de trouver les réponses basées sur des études scientifiques et de regarder ce qui se fait dans d'autres pays européens et que cela constitue un travail à temps plein. Elle ne pense pas que cela est aussi facile que de transposer ce qui est fait pour le dépistage des cancers aux maladies cardiovasculaires. Elle pense que tout est à reprendre de 0. Ensuite, si, du moment qu'il y a une stratégie, il ne s'agissait que d'envoyer des invitations, cela pourrait être transposable. Mais avant d'en arriver là, il y a plus de questions à se poser. Elle soulève qu'un partenaire qui pourrait être intéressant dans ce projet est le service de médecine de premier recours aux HUG qui a accès à la population précaire au niveau socio-économique et qui a de l'expérience dans l'appréhension des maladies cardiovasculaires, et qui a aussi ce côté scientifique. Autant l'idée sur cette question lui paraît excellente et novatrice, si tant est qu'il y a un financement de l'Etat qui la rendrait possible, autant à ce stade-là cela lui semble très précipité de penser à une inclusion dans le programme de dépistage du cancer.

M. Jacot Des Combes la rejoint. Il faudrait passer au moins une année sur la question pour voir quels seraient les dépistages qui pourraient être envisagés et sous quelle forme. L'âge est un critère important, car il ne croit pas qu'il y ait de réponse scientifique à ce niveau. S'il prend pour exemple l'hypertension artérielle, démontrer que cette dernière produit des maladies cardiovasculaires avant l'âge de 50 ans est presque impossible. L'incidence est tellement vaste qu'il faudrait faire des études sur 100 000 ou 200 000, voire des millions d'habitants, suivis de façon totalement coordonnée, pour trouver éventuellement une différence entre les groupes traités et non traités. En fait, les sociétés internationales d'hypertension ont déduit par extrapolation que l'hypertension devait être traitée à partir de tel chiffre. L'âge n'est pas une donnée simple.

*S : demande si la fondation recommande que la commission s'adresse à d'autres personnes pour obtenir ces chiffres, notamment en lien avec le fait qu'elle n'est pas réellement convaincue que la population qui a moins de 3000 francs par mois a recours au SPC. Les études le montrent, ces personnes*

*pourraient peut-être obtenir un financement par le SPC ou d'autres systèmes, mais elles renoncent aux soins avant même de les demander. Elle ajoute qu'il y a aussi des personnes qui n'ont pas accès au SPC, qui est tout de même assez limité. En termes de santé publique, elle pense que cela peut être mis en avant. Elle trouverait très intéressant de pouvoir accéder à des personnes qui pourraient renseigner la commission à ce sujet-là.*

*S : trouve qu'il ne faut pas opposer la détection avec des mesures structurelles. Il est vrai qu'il est souvent conseillé de ne pas manger de sucre, etc. Il demande où il y a une atteinte à la liberté : il pense que l'atteinte à la liberté est de mettre du sucre même dans des aliments salés. Il mentionne par exemple que tant de gluten a été ajouté dans les plats aujourd'hui que la population est devenue intolérante au gluten. Et les mêmes personnes qui ont rajouté du gluten proposent maintenant des aliments qui en sont dépourvus, et cela à un prix plus élevé. Des mesures structurelles seraient certainement dans les plus efficaces. Un plan de complémentarité pourrait faire le lien entre cette motion et les mesures : ces populations sont plus sensibles. Il suffit d'aller faire les courses le samedi pour voir une population qui achète des bouteilles de soda de 2 litres. Ces populations n'ont déjà pas beaucoup de temps, car il faut travailler, mais elles sont en plus victimes de cela. Il aimerait rectifier cela, et dire que c'est quand même dans les mesures structurelles que l'on pourra être efficace, et que l'atteinte des libertés individuelles n'est pas d'inviter la population à ne pas manger de sucre. Cela est complémentaire, et il pense que ces populations-là devraient être sensibilisées encore plus fortement à la manière dont on porte atteinte à leur liberté, car ils achètent malgré eux beaucoup de choses. Il relève que les lobbys du sucre et du sel se comportent comme celui du tabac.*

M. Jacot Des Combes répond que cela sort du cadre du dépistage.

*S : en doute, dans le sens où faire le dépistage d'une personne est tout de même un lien privilégié avec le fait de le rendre attentif à ce en quoi il est dupé.*

M. Jacot Des Combes rejoint ces propos. Au fond, il se demande s'il pourrait y avoir une réflexion ciblée sur le fait qu'une population n'est pas très bien suivie et qu'elle pourrait l'être plus. Il les informe que la direction de la fondation a changé récemment, et qu'elle est débordée. Pour l'année qui vient, il a beaucoup de difficultés à imaginer les charger davantage avec d'autres programmes et stratégies plus larges.

M<sup>me</sup> Gerber ajoute qu'il n'y a pas que l'envoi des invitations comme le disait M<sup>me</sup> Wisniak : une expertise médicale doit aussi être faite, il faut qu'il y ait un suivi et que les milliers de données soient traitées. Cela est à prendre en considération. Ce n'est pas une personne, mais une équipe qui pourra faire cela,

avec des considérations distinctes des siennes et de celles de M. Jacot Des Combes et M<sup>me</sup> Wisniak. Il est vrai qu'il n'y a pas de dépistage organisé en Suisse, mais elle indique que le canton de Vaud a fait un Bus santé par rapport à ce sujet. Il est toujours bien de s'inspirer de ce qui se fait déjà, notamment au niveau des recommandations européennes, et de s'entourer des gens qui travaillent déjà sur ces thématiques-là.

*PLR : comprend que le dépistage du colon est systématique. Si on prend la détection précoce en ORL, il est là aussi question de populations à risque telles que les alcooliques ou encore les fumeurs. Une biopsie peut être faite dans les organes considérés comme suspects, et des conclusions sont tirées. Le problème des maladies cardiovasculaires est qu'aucune intervention n'est faite avec derrière un projet matériel. Il demande les statistiques des facteurs de risque.*

M. Jacot Des Combes répond que, dans les cas de biopsie, un résultat relativement noir et blanc est obtenu. Un élément important est que les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont multipliés les uns par les autres : avoir 1 ou 2 facteurs n'est pas du tout la même chose. Il ajoute qu'il s'agit là d'un domaine qui est encore en développement, et il indique que la remarque de M<sup>me</sup> Wisniak était totalement justifiée : cela demande des études assez longues pour le faire. 50% des problèmes cardiovasculaires sont liés en fait à la génétique. Peut-être qu'il sera possible dans quelques années de mieux cerner ces facteurs-là, qui sont indépendants des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

### **Discussion interne et suite des travaux**

Le président indique qu'il n'y a plus d'auditions pour cet objet. La commission a pris acte des amendements de M<sup>me</sup> Kalibala qui modifie sensiblement le texte originel. Il avoue qu'après les auditions de M. Jacot Des Combes, de M<sup>me</sup> Gerber et de M<sup>me</sup> Wisniak, il était enclin à se demander s'il n'avait pas besoin d'un temps de réflexion supplémentaire.

#### ***Amendements de M<sup>me</sup> Kalibala :***

- *à instituer sur le canton de Genève des consultations de prévention et de dépistage des maladies cardiovasculaires entre 40 et 55 ans, qui seraient prises en charge subsidiairement à l'assurance obligatoire des soins (AOS) sur un mode forfaitaire ;*
- *à conditionner l'accès à cette consultation au revenu de façon que les personnes les plus pénalisées par le système actuel puissent en bénéficier en priorité ;*
- *à prendre en considération les déterminants sociaux de la santé et les autres motifs de renonciation aux soins, afin de déterminer la population cible ;*

- à intégrer ces consultations dans une approche multimodale au sein du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028 ;
- à mettre en place un partenariat avec les médecins de premiers recours et d'autres professionnels et professionnelles de la santé, pour la réalisation de ces consultations.

PLR : a préparé des amendements qu'il a envoyés à la commission. La volonté du PLR est d'ouvrir le jeu. Il estime qu'il est possible de demander au département de la santé de travailler sur un programme de prévention et que c'est au département de définir quel est le bon programme pour avoir une prévention efficace de ces maladies cardiovasculaires.

Le président n'a pas en tête le détail du plan de prévention et de promotion, il s'est attardé sur certains aspects seulement, mais il est vrai qu'il a retenu de certaines auditions que le dépistage dans le cas du cancer du côlon ou du sein et celui des maladies cardiovasculaires ne sont pas du tout basés sur le même principe. C'est cela qui le faisait passablement hésiter par rapport à ce texte.

Les trois amendements proposés par le groupe PLR :

- à instituer sur le canton de Genève un programme de prévention et de dépistage des maladies cardiovasculaires ;
- à prendre en considération les déterminants sociaux de la santé et les autres motifs de renonciation aux soins, afin de déterminer la population cible ;
- à intégrer ce programme dans une approche multimodale au sein du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028.

PLR : La première invite demande au Conseil d'Etat d'instituer un programme de prévention et de dépistage des maladies cardiovasculaires. Ce sera finalement au Conseil d'Etat de déterminer de quelle manière procéder. Les invites 2 et 3 n'ont quant à elles pas été modifiées.

M Giannakopoulos précise que la question de la prévention des maladies cardiovasculaires figure et est prise en compte dans le plan cantonal de la santé de 2024-2028. Il s'agit là de choses qui vont être mises en place. Il ajoute qu'il rejoint ce qui a été dit par les auditionnés : il compare le traitement du cancer à un sprint, et le traitement des maladies cardiovasculaires à une course de fond. Il indique ensuite avoir été assez étonné d'entendre qu'il faudrait faire des études. Il informe qu'il existe déjà un grand nombre d'études, notamment effectuées aux Etats-Unis. Il pense qu'il faut s'en inspirer.

## Discussions finales et prises de position

Le président rappelle que la commission a déjà passablement travaillé sur cette motion, et que des amendements ont été reçus.

**PLR :** explique que ces amendements étaient surtout liés à l'audition de la semaine précédente, qui finalement ouvrait la voie à un programme de prévention qui n'est pas seulement centré sur la médecine de premier recours et les consultations médicales. L'idée de ces amendements est de garder l'esprit et l'objectif de la motion, qui sont de mettre en place un programme de dépistage et de prévention des maladies cardiovasculaires, mais de ne pas limiter cela à une consultation gratuite par patient. Il ajoute que d'autres professionnels de la santé pourraient aussi jouer un rôle, et que les consultations pourraient également prendre d'autres formes. Il faudrait demander à l'OCS de travailler sur un plan à ce sujet, qui pourrait être présenté dans les 6 mois.

**S :** explique que sa problématique avec les invites du PLR est qu'elles ne sont pas assez précises. Plusieurs auditionnés ont relevé que ce qui est aujourd'hui mis en place ne marche pas très bien. Elle rappelle qu'un député UDC avait raconté être allé faire un dépistage en pharmacie, mais qu'il ne savait ensuite pas quoi en faire. Le problème avait été que personne n'avait pu répondre à ses questions et lui expliquer les étapes à suivre. Elle souligne que c'est cela qui manque. Le but est d'identifier le problème et de proposer une solution, que le Conseil d'Etat décidera possible ou non. Il est nécessaire de proposer une procédure générale, mais aussi quelque chose de spécifique afin de pouvoir pallier des problèmes qui ont déjà été identifiés. Elle ajoute que l'aspect financier doit lui aussi être adressé. Elle relève que, dans l'étude mentionnée dans la motion, il était demandé aux médecins traitants de premier recours pourquoi ils n'arrivaient pas à mieux prévenir les maladies cardiovasculaires. Ceux-ci avaient répondu qu'un des gros facteurs était le manque de prise en charge : en effet, la LAMal ne permet pas de faire de prévention. L'Etat devrait mettre en place un facilitateur, et permettre de pallier certaines barrières concernant la prévention. L'auditionné de la semaine dernière avait mentionné qu'il s'agissait d'un travail de longue haleine.

**Verts :** demande s'il y aurait un moyen de trouver un consensus entre les différents amendements PLR et socialistes. La députée Verte souhaite ensuite savoir, concernant les amendements du député PLR, s'il serait possible de supprimer des précisions notamment au niveau de l'âge, afin de permettre au DSM de travailler et trouver le meilleur format pour les patients cibles, qui sont au cœur de cette motion. Elle ajoute que le financement ne doit pas être à la charge des patients.



**LJS :** pense que, au sujet du dernier amendement qu'il a proposé concernant le partenariat avec des médecins de premiers recours ainsi que d'autres professionnels de la santé, il serait essentiel de questionner l'Etat. Il serait ensuite d'avis d'ôter le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> amendement concernant le financement afin de laisser l'Etat regarder où un financement est possible, quitte à revenir dans un second temps pour demander des financements précis. Il serait donc d'avis à garder le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> amendement, qui sont très importants, ainsi que le 5<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> et de retirer le 3<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup>.

**PLR :** se rappelle qu'un conseiller d'Etat avait lancé un programme de planification sanitaire qualitatif et quantitatif. Le slogan politique était « Prévention pour tous et prévention pour certains », et avait distingué l'approche populationnelle de l'approche individuelle. Lors de la dernière séance, il y avait eu des échanges à ce sujet. Il attire l'attention sur le fait qu'à partir du moment où la commission se concentre sur des consultations médicales, il y a déjà une présélection qui va se faire, en partant du principe que les programmes de prévention et de dépistage sont d'abord basés sur des approches structurelles qui touchent l'ensemble de la population. Il souligne que le dépistage de certains facteurs de risque cardiovasculaire ne nécessite pas de médecins, contrairement à d'autres.

**PLR :** rappelle ensuite que les études montrent que les patients qui sont informés et qui ont les moyens financiers abandonnent leurs comportements favorables s'ils ne sont pas accompagnés. C'est pour cette raison que les amendements du député PLR ne sont pas exclusifs et qu'ils n'évoquent pas les moyens qui seraient nécessaires. Il pense que cette approche multimodale part justement de cette idée qu'il faut offrir tous les moyens à disposition, qu'il n'est pas possible de lister. Il prend pour exemple des pharmaciens, des infirmiers de pratique avancée ou pas, etc. Il y a tous ces éléments qui devront faire partie de ce programme. Il résume que, pour lui, les amendements du PLR englobent le tout. Il pense qu'il est nécessaire de rester suffisamment large, tout en donnant une piste.

**S :** entend les propos du député. Cependant, proposer de solutions ne limite pas le Conseil d'Etat. Si la commission ne mentionne pas une question qu'elle souhaite traiter, il est possible que le Conseil d'Etat n'y réponde pas. Elle trouve que le sujet est trop vaste.

**PLR :** souhaite trouver un compromis permettant d'obtenir l'unanimité. Il relève qu'une députée S souhaite que le texte ait des demandes précises, alors que les auditions n'ont rien déterminé dans ce sens. Il souhaite rester plus général, et propose de demander au Conseil d'Etat de définir dans son programme des paramètres afin de déterminer la population la plus à risque en la matière. Il ne trouve pas que demander spécifiquement une consultation pour

une certaine tranche d'âge soit la solution, et il pense qu'il faut laisser cette réflexion au département.

**LJS** retire son amendement.

Le président informe que la commission a reçu l'amendement commun socialiste-PLR :

- à instituer sur le canton de Genève un programme de prévention et de dépistage des maladies cardiovasculaires ;
- à intégrer ce programme dans une approche multimodale au sein du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028 ;
- à y intégrer des consultations de prévention secondaire individualisées pour des patients et patientes cibles ;
- à prendre en considération les déterminants sociaux de la santé et les autres motifs de renonciation aux soins, afin de déterminer la population cible ;
- à mettre en place un partenariat avec les médecins de premiers recours et d'autres professionnels et professionnelles de la santé, pour la mise en place du programme et la réalisation de ces consultations.

### **Vote**

Le président procède au vote de l'amendement socialiste-PLR :

Oui :                   unanimité

Non :                   –

Abstentions :       –

***L'amendement est accepté à l'unanimité.***

Le président met aux voix la motion ainsi amendée :

Oui :                   unanimité

Non :                   –

Abstentions :       –

***La motion ainsi amendée est acceptée.***

La prévention est l'outil principal de la lutte contre les maladies cardiovasculaires. Nous avons ici l'opportunité de renforcer la prévention de ces maladies qui sont la première cause de décès et un facteur majeur dans les coûts de la santé. En instaurant un programme cantonal coordonné et systématisé, nous pouvons atteindre les personnes qui sont les plus vulnérables

et celles qui ne bénéficient souvent pas de prévention pour des raisons financières. Ce type de programme renforce également la collaboration avec les professionnelles et professionnels de la santé, en encourageant l'interprofessionnalité et le développement de la coordination dans le réseau de soins genevois.

Au terme de l'examen de la motion 2964, au vu de ce qui précède, la commission de la santé vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à accepter cette proposition de motion et à la renvoyer au Conseil d'Etat.