

*Date de dépôt : 5 juin 2018*

## **Rapport**

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

*Rapport de majorité de M. Sandro Pistis (page 1)*

*Rapport de minorité de M. Marc Falquet (page 43)*

#### **RAPPORT DE LA MAJORITÉ**

#### **Rapport de M. Sandro Pistis**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La commission de la santé a étudié ce projet de loi durant six séances, soit les 12 janvier, 2 et 9 février, 9 et 16 mars et le 13 avril 2018.

Nous tenons à remercier le président de la commission, M. Pierre Conne, pour l'excellente tenue des séances.

M. Jérôme Savary a largement contribué aux travaux de la commission.

Nous remercions M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat chargé du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, M. Adrien Bron, directeur général de la santé, M. Jacques-André Romand, médecin cantonal, et M<sup>me</sup> Anne Etienne, secrétaire générale adjointe et financier auprès du département des finances, M<sup>me</sup> Sabrina Cavallero, directrice planification et réseau de soins, DGS, et M. Nicolas Doebelin, juriste, DGS, pour leurs interventions et les éclaircissements apportés lors des séances.

Merci également à MM. Sébastien Pasche et Florian Giacobino, procès-verbalistes, pour la qualité des retranscriptions.

## Séance du 12 janvier 2018

### *Présentation du projet de loi PL 12124 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03)*

M. Bron indique en premier lieu que le département propose un PL de modification de la loi sur la santé, avec deux aspects. Il souligne qu'il y a notamment la mise en œuvre de la nouvelle loi fédérale sur les épidémies, entrée en vigueur en 2016 et qui a une application directe. Il précise que cela demande quand même un certain nombre de mises à jour, car il y a à Genève une loi d'application de l'ancienne loi fédérale. Il explique qu'ils proposent de supprimer cette ancienne loi d'application au profit de certains articles qu'ils intègrent au sein de la loi sur la santé. Par ailleurs, il indique qu'il y a un deuxième aspect qui concerne la planification sanitaire cantonale, car ils ont voulu proposer une clarification de tout le concept de planification et que la loi de 2006 ne correspond pas vraiment à ce qui est intuitivement compréhensible avec la nouvelle loi fédérale, notamment depuis 2012. Il relève que l'on ne parle plus de plan cantonal d'accès aux soins, mais que l'on explicite le rôle du canton en termes de planification sanitaire, avec une planification sanitaire quadriennale, un plan de promotion et de prévention avec des éléments qui concernent la prospective et l'évaluation des urgences et dont la réalisation fait l'objet de dispositions spécifiques, notamment des contrats de prestations. Il estime que ce PL est avant tout logistique, néanmoins avec deux éléments d'innovation, notamment la possibilité de sanctionner les acteurs des réseaux de soins qui ne fourniraient pas les éléments nécessaires à la planification. Il souligne que l'on a aujourd'hui déjà l'obligation de fournir des informations pour la planification, mais aucune possibilité de sanctionner ceux qui ne fournissent pas ces éléments, ce qui met la DGS régulièrement en difficulté car cela lui empêche de faire une planification complète avec des chiffres pertinents en provenance des différents acteurs de la santé. Il explique que le second élément d'innovation concerne la loi sur les épidémies, avec l'obligation d'avoir un médecin répondant, notamment pour toutes les institutions scolaires, y compris privées, et les institutions pénitentiaires, de sorte que l'on puisse avoir des relais d'application pour le médecin cantonal, s'il y a des décisions à prendre en cas d'épidémies ou de crises sanitaires, en vertu de ce définit la loi fédérale. Il précise ensuite que la loi fédérale elle-même a été changée en raison d'un contexte différent de ce qui prévalait dans la loi précédente qui datait du début des années 1970, lorsque les concepts en cas de pandémies et d'épidémies n'étaient pas appréhendés par la précédente loi. Il souligne qu'il y a eu une mise à jour assez complète en 2016 au niveau fédéral, qui désigne une répartition des tâches encore plus précise entre les cantons et la Confédération. Il explique qu'elle désigne notamment la

nécessité d'avoir des médecins cantonaux et précise les champs d'intervention possibles pour les cantons par le biais de ces autorités sanitaires. Il ajoute que la loi genevoise précise aussi les autorités responsables de l'application de cette loi fédérale en désignant notamment le service du médecin cantonal et les autres autorités sanitaires qui sont toujours au sein de la DGS, à savoir le chimiste cantonal, le vétérinaire cantonal et, le cas échéant, avec les services de santé scolaire. Il indique enfin que c'est une loi qui désigne aussi un certain nombre d'autorités d'application, hormis les deux innovations proposées, qu'il a évoquées précédemment.

Un commissaire PDC se demande, par rapport aux sanctions, si ces dernières concernent aussi les assureurs.

M. Bron souligne que les sanctions concernent dans ce cas les professionnels de la santé.

Le commissaire PDC se demande quels éléments, selon la DGS, ne sont pas fournis par les professionnels.

M. Bron indique que cela peut concerner par exemple des éléments d'activité hospitalière dans les cliniques privées. Il relève que la statistique obligatoire par la loi fédérale sur la statistique définit un nombre assez restreint d'éléments. Il ajoute qu'au-delà de cela, il n'y a aucune obligation au niveau fédéral, raison pour laquelle ils complètent ce qui est nécessaire pour une planification sanitaire complète, auprès d'institutions de type EMS qui ne seraient pas dans une relation de gestion avec la DGS, par laquelle ils ont déjà un certain nombre d'éléments, ou encore des institutions de soins à domicile.

Un commissaire PDC relève que la France va rendre obligatoires les vaccins, avec des sanctions si l'on ne se vaccine pas ; il se demande comment le département se positionne par rapport à cette problématique.

M. Bron lui répond que la loi fédérale est assez fermée par rapport à cela, mais avec des signaux qui laissent entendre qu'il pourrait y avoir une application souple de la définition des cercles que l'on désignerait comme obligatoires à la vaccination, mais il ajoute qu'il est assez difficile d'imaginer qu'un canton se lance seul dans un plan de vaccination obligatoire en dehors de ce qui est défini dans le cadre de la loi fédérale sur les maladies transmissibles.

M. Romand confirme et rappelle que Genève était l'un des cantons qui avaient encore une vaccination obligatoire contre la diphtérie, mais qu'avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, qui avait été combattue par un référendum et qui a été différée dans son entrée en vigueur, l'obligation reste donc extrêmement restreinte et il faut que ce soit une situation grave qui implique un taux de natalité élevé. Il se permet de rajouter que les contextes

suisse et français sont très différents puisqu'en France, il y a un déficit de vaccination important car il y avait une tendance à ne pas promouvoir les vaccins et en outre aucun contrôle. Il souligne qu'à Genève en particulier, l'on appliquait une surveillance des carnets de vaccination des enfants à 28 mois ; puis, depuis les nouvelles obligations de la loi fédérale, on le fait également à l'entrée de la scolarisation et à la sortie de la scolarité obligatoire, ce qui fait qu'il y a maintenant 3 points de contrôle de vaccination. Il souligne que le taux de couverture à Genève est excellent, notamment pour le plan de base, mais un peu moins pour les vaccins complémentaires, comme HPV où l'on est à 70%, alors que l'on vise un taux supérieur à 90%.

M. Bron cite l'article de la loi fédérale abordant cette question (art. 22). Il relève que c'est donc assez limité et que l'on ne peut pas déclarer une obligation de façon générale, sans qu'il y ait un danger immédiat et sérieux.

Une commissaire des Verts indique qu'elle avait des questions sur ces mêmes points. Elle observe que, dans la note explicative, ils détaillent plus clairement les contraintes qui rendraient une vaccination obligatoire, et elle se demande pourquoi ce n'est pas plus restrictif dans la loi. Par ailleurs, elle se demande ce qu'ils entendent par « catégories de population » et « selon les milieux de travail ». Elle désire en outre savoir ce qu'ils estiment comme dangereux. Elle ne voudrait par exemple pas que l'on oblige toutes les personnes travaillant dans la santé à se vacciner contre la grippe. Concernant le fichage des carnets de vaccination des jeunes, elle se demande ce qu'il se passe s'il y a des gens qui refusent de donner le carnet de leurs enfants ou alors s'ils donnent les carnets mais qu'il n'y a pas les vaccins attendus qui y figurent ; elle désire notamment savoir si le libre choix des personnes est respecté. Par ailleurs, elle se demande s'ils ont l'intention de faire d'autres types de prévention que les campagnes de vaccination car c'est la seule prévention qui est spécifiée. Elle se demande pourquoi le reste n'est pas spécifié dans la loi et en outre, dans le cadre des campagnes de vaccination qui se font à l'école, dans quelle mesure c'est expliqué que les parents ont le choix. Elle relève que certaines personnes ont dû se battre contre le DIP pour ne pas faire vacciner leurs enfants à l'école.

M. Romand indique que la phrase qu'a lu M. Bron montre bien les limitations fédérales et il ajoute que, pour faire une obligation de vaccination cantonale, ils doivent avoir l'aval de l'OFSP. Par ailleurs il pense que c'est relativement superfétatoire car, si l'on pense que l'on a une maladie extrêmement grave, l'on aura plutôt une difficulté à avoir assez de vaccins pour vacciner tout le monde. Il ajoute qu'il s'agit d'une atteinte sérieuse lorsque le taux de létalité est élevé. Il rappelle que lorsque l'on a vu commencer la dernière pandémie de H1N1, l'on a parlé au départ d'une mortalité de 40% à

50% au Mexique et donc qu'à ce moment, la question de la dangerosité ne se posait même pas. Il souligne qu'ils ne vont donc pas imposer de vaccination. Concernant les groupes à risque, il indique qu'il y a des populations de patients qui sont plus à même de craindre certains dangers. Il prend l'exemple d'un foyer Ebola à Genève, pour lequel il y aura peut-être une obligation vaccinale pour le personnel médical qui va s'occuper de ces patients, mais en rappelant qu'il n'y a pas de contention et que l'on ne peut pas obliger quelqu'un à recevoir une vaccination, mais alors ces personnes ne pourront plus travailler auprès de ces patients. Concernant la promotion, il souligne que la nouvelle loi sur les épidémies stipule clairement que l'OFSP a la mission d'avoir des programmes nationaux, dont le programme national de vaccination, mais qu'il y en a en effet d'autres comme celui des infections nosocomiales, celui de prévention des maladies sexuellement transmissibles et toute une série de plans nationaux qui seront pour eux des signaux qu'ils devront répercuter. Il ajoute qu'ils espèrent pouvoir présenter le concept cantonal de promotion de la santé et de prévention d'ici la fin du printemps. Il indique ensuite que les enfants jusqu'à un certain âge n'ont pas la capacité de discernement et qu'il y a donc une obligation d'obtenir le consentement des parents pour les vacciner. Il souligne qu'il y a toujours une explication de ce qui est proposé et le fait qu'ils ont le choix. Il rappelle enfin que ces plans de vaccination ont permis de faire en sorte que des maladies telles que l'Hépatite B et C soient largement sous contrôle dans notre canton.

Une commissaire des Verts se demande s'ils regardent vers des vaccins alternatifs car elle observe qu'il y a quand même pas mal de vaccins qui, dans d'autres pays, ont créé des effets secondaires de manière assez conséquente ; elle se demande s'ils regardent quels sont les composants des vaccins ou s'ils ne le font pas puisque les vaccins sont encouragés. Enfin, concernant la planification sanitaire, elle relève que le PL souligne que la planification sanitaire comprend le plan de promotion de la santé et de prévention ainsi que la planification des soins ; elle se demande si elle doit comprendre qu'ils ont suivi l'une des recommandations qu'elle a faites dans son rapport de minorité sur la planification sanitaire.

M. Poggia indique qu'ils doivent en effet faire les deux.

M. Bron souligne qu'ils seront attentifs à mettre, avant le titre « plan de prévention et de promotion », « planification sanitaire ».

Une commissaire des Verts pense qu'il est important de mentionner cela car la planification sanitaire ne concerne pas seulement les soins.

M. Poggia souligne que les soins commencent en effet par la prévention.

M. Romand rappelle que le système d'homologation des vaccins est fédéral et que Swissmedic est le seul institut habilité à contrôler et laisser la prescription des médicaments, dont les vaccins.

M. Poggia précise qu'auparavant, les vaccins relevaient de la Confédération et les médicaments des cantons, mais qu'aujourd'hui, tout relève de la Confédération.

Un commissaire MCG désire un rappel sur le type de vaccins obligatoires pour les enfants et savoir quels sont les contrôles actuellement faits. Il se demande par ailleurs s'il y a des éléments qui poussent à augmenter les contrôles, par exemple des débuts d'épidémies.

M. Bron précise qu'il y a clairement une volonté de plus utiliser la compétence donnée par la Constitution et la Confédération pour uniformiser ce qui se fait en Suisse, d'où les prescriptions plus précises sur ce que doivent faire les cantons dans ce domaine. Il souligne que ce sont des éléments qu'ils mettent déjà en œuvre à Genève, mais qui ne figurent pas dans la loi de 1976.

Un commissaire MCG comprend que ce n'est donc pas parce qu'il y a eu des constats de problèmes entre les 28 mois et la sortie de l'école obligatoire.

M. Romand lui répond par la négative. Il souligne que Genève était pionnier dans le domaine par rapport à ce qui se faisait dans d'autres cantons. Il ajoute que, pour la rougeole, il y avait des couvertures vaccinales qui allaient de 50% dans certains cantons à 95% à Genève. Il explique qu'ils ont rajouté, pour pouvoir adapter les lois cantonales, un contrôle au début et à la fin de la scolarité obligatoire. Concernant les différents types de vaccins, il rappelle qu'il n'y en a aucun obligatoire, mais qu'il y a une liste de vaccins recommandés qui est évaluée chaque année par la commission fédérale de vaccination.

Un commissaire UDC indique avoir une question par rapport aux sanctions prévues par rapport à la production de statistiques par les institutions privées. Il relève que cela existe au niveau fédéral mais avec des sommes entre 300 F et 500 F ; il observe que la sanction prévue dans le PL est 10 fois plus élevée et il désire comprendre sur quelles base ces chiffres ont été calculés. Par ailleurs, il indique que le fait que les pharmaciens transmettent aussi leurs statistiques ne le gênerait pas tellement, mais il se demande si l'on ne serait pas en état de déterminer les coûts de la santé à Genève en se passant d'une caisse de compensation. Il se demande si, au travers de ces statistiques, l'on pourrait faire une base de données qui fournirait annuellement les frais réels de la santé à Genève.

M. Poggia relève que la caisse de compensation est surtout un programme d'avenir et donc que, pour le moment, l'on essaye avant tout de faire en sorte

que l'on ait des informations que la Confédération oblige à avoir. Il relève qu'aujourd'hui, la conférence des directeurs de la santé se rend bien compte qu'il manque des données pour pouvoir piloter l'ensemble du système car il y a un certain nombre de cliniques privées qui ne donnent pas les éléments qui sont nécessaires ; il ajoute que l'on ne peut pas régler les abus si l'on ne connaît pas les pratiques.

M. Bron observe que ce sont ici des informations qui sont nécessaires à l'analyse des réseaux de soins, par exemple des données RH, le nombre d'ETP, la nature des diplômes, les volumes et la nature des prestations, etc. Il indique que l'on a un dispositif contraignant en termes de statistiques très faible. Concernant le montant de 5000 F, il observe que les montants dans la loi fédérale sont un peu dérisoires et datent d'un temps où il y avait très peu d'enjeux en termes de coûts de la santé. Il ajoute que, si l'on veut avoir quelque chose de sérieux, 300 F ce n'est en effet pas un montant contraignant.

Un commissaire UDC ne comprend pas pourquoi l'on dit que les statistiques ne sont pas à but économique, alors que l'on a augmenté les montants des sanctions car les coûts de la santé sont devenus importants.

M. Bron souligne que les statistiques ne concernent pas uniquement les données économiques des institutions, mais que l'enjeu principal est bel et bien d'avoir une bonne planification.

Un commissaire UDC entend donc que les 5000 F ont été établis car les 500 F ont été jugés dérisoires ; il estime que cela ne répond pas à la question de savoir comment ce montant a été évalué.

M. Bron précise qu'il y a des jurisprudences et donc que ce sont des montants qui sont étayés par des analyses juridiques. Il ajoute que l'on constate au quotidien que certaines institutions refusent d'envoyer des éléments obligatoires par la loi fédérale sur la statistique.

Un commissaire PLR comprend que les statistiques sont un outil de gouvernance important mais il relève que le professionnel de la santé peut aussi être un médecin privé ; il ajoute qu'encore faudrait-il que les médecins aient fait ces statistiques. Il estime que la profession de médecin est un art dans lequel l'on ne travaille pas forcément en saisissant les données de chaque pathologie que l'on voit. Il pense que, si le médecin fait ces statistiques, il le fait dans le cadre de son travail pour le bien de la santé publique et il pense qu'il n'y a pas de raison que cet effort ne soit pas rémunéré. Il se demande donc si cette contrainte s'adresse uniquement aux institutions de la santé ou alors à tous les professionnels de la santé.

M. Bron lui répond que cela s'adresse à tous les professionnels de la santé, mais que l'idée n'est pas de demander des statistiques déraisonnables ; il

souligne qu'aujourd'hui, l'on ne peut même pas demander qui travaille où à des intervalles réguliers.

Un commissaire PLR se demande s'il ne conviendrait pas de mieux définir ce que les professionnels de la santé devraient donner comme statistiques car il estime que cela, de cette forme, reste extrêmement vague.

M. Poggia se demande si le commissaire PLR désire une liste et par ailleurs, s'il estime que l'on adresse aujourd'hui aux professionnels des questions auxquelles ils ne sont pas à même de répondre.

Un commissaire PLR pense que c'est un travail énorme qui n'est pas compris dans le travail quotidien et habituel des médecins.

M. Poggia rappelle que lorsque l'on demande des données, il faut les traiter et qu'il n'a pas une armée de fonctionnaires pour faire cela. Il comprend intellectuellement la crainte du commissaire PLR mais il estime qu'elle n'a pas de raison d'être car le but n'est pas de nuire à la bonne marche des professionnels de la santé du canton. Il souligne que le but n'est pas de charger les médecins de travail inutile. Il pense que l'on peut avoir une base légale pour demander des renseignements avec lesquels ils peuvent travailler. Il ajoute que la planification, c'est aussi la maîtrise des coûts de la santé. Il pense que tout le monde doit se relever les manches pour donner des informations dans les différents domaines, pour autant que cela ne demande pas un travail excessif. Il ajoute que l'on constate qu'aujourd'hui, certaines cliniques privées ne donnent pas des informations que l'on exige partout ailleurs et qui servent simplement au travail fait par les politiques au niveau national. Il relève que le but est quand même de travailler ensemble pour avancer de manière raisonnable.

M. Bron souligne que la nouveauté est l'amende et non l'obligation qui existe déjà. Il pense que les médecins n'ont jamais été assaillis par des demandes exorbitantes.

Un commissaire PLR indique qu'il est à moitié rassuré car il relève que l'on discute d'une loi qui va ensuite durer des années. Il estime que les médecins sont particulièrement échaudés par les statistiques qui sont exigées au niveau fédéral et pour lesquels ils ne sont pas indemnisés. Il comprend le fait que des institutions de santé comme des cliniques privées soient soumises à ces demandes, mais pas que ce soit aussi le cas pour les médecins individuels. Il pense que l'on peut réfléchir à une formulation qui temporiserait l'éventuel enthousiasme des successeurs du département.

M. Poggia lui répond qu'ils vont réfléchir à une tournure qui permette de le rassurer et qui éviterait un arbitraire dans le domaine.

Un commissaire PDC lui semble que le fait d'augmenter le nombre de vaccinations aura un certain coût, mais il observe qu'aucun coût complémentaire n'a été chiffré.

M. Romand souligne que cela a été discuté avec le DIP et le service de santé de la jeunesse. Il précise qu'auparavant, ils n'avaient que le système de carnets de santé, mais qu'ils ont maintenant un dossier informatisé. Il souligne qu'il est proposé que les deux départements aient la paternité sur la base de données, afin qu'une fois qu'ils ont faits les contrôles, le DIP puisse ensuite incrémenter la base de données, afin qu'ils puissent eux-mêmes ensuite avoir des contrôles des couvertures vaccinales exigées par la loi fédérale.

Un commissaire PDC constate qu'il n'y a donc pas d'augmentation dans le budget de l'Etat.

M. Bron lui répond par la négative.

Un commissaire UDC observe qu'il n'y a pas d'obligation à vacciner, mais qu'il y a une obligation à contrôler les vaccinations, ce qui l'étonne. Il estime que le domaine vaccinal est très contesté et relève que certains médecins disent que les vaccins ont tendance à favoriser l'apparition des maladies chroniques ; il pense que l'on part un peu vers un système à la française en pensant que les vaccins sont une solution de santé publique, alors que l'on est, selon lui, en train d'affaiblir au contraire la population. Il désire savoir si l'on peut connaître la composition et les additifs des vaccins. Il se demande s'il y a toujours de l'aluminium dans ces vaccins. Il se demande pourquoi l'on rajoute des contraintes aux familles qui ne veulent pas se vacciner. Par ailleurs, il trouve que l'on se dirige vers un système d'inquisition étatique et il pense que les statistiques ne servent à rien car le soin du corps humain est avant tout un art.

M. Romand souligne qu'il s'agit d'une loi fédérale d'application cantonale immédiate et donc qu'il n'aurait même pas besoin de changer la loi sur la santé. Il précise que certains cantons ne l'ont même pas fait. Il ajoute qu'il n'est pas d'accord sur l'interprétation des vaccins du commissaire UDC ; il rappelle que la Suisse allemande a massivement souffert alors que la Suisse romande a été partiellement épargnée, lors de l'épidémie de rougeole. Il souligne que les contrôles exigés par la loi fédérale sont désormais mentionnés dans la loi cantonale. Par ailleurs, il ajoute qu'il existe un service de santé de la jeunesse dans l'enseignement public, mais pas dans les écoles privées et donc que, lorsqu'il y avait un problème dans ces écoles, le directeur de l'établissement devait prendre en main les choses pour faire en sorte qu'il y ait un endiguement de l'épidémie, afin que cela ne déborde pas sur l'ensemble du canton. Il explique que la nouvelle exigence est donc d'avoir un répondant dans ces écoles ; il précise que les grands collèges privés ont tous un médecin

répondant, mais que l'on demande désormais que, pour toute entité qui accueille des enfants, des prisonniers ou des réfugiés, il y ait aussi un médecin répondant, lequel doit parler non seulement de vaccination, mais aussi de la promotion et de la prévention de la santé au sens large. Il souligne que c'est pour cette raison qu'ils ont complété l'article.

M. Bron précise que l'article 21b ne concerne de loin pas seulement les vaccins ; il aborde par exemple la méningite pour laquelle le département a besoin d'interlocuteurs qui prennent des décisions pour protéger la population. Concernant l'article 31, il pense que la planification sanitaire est un bénéfice et que l'on ne peut pas dire que les statistiques ne servent à rien. Il relève que le pilotage global de la santé en Suisse et dans les cantons souffre d'un désert de statistique pour avoir des informations pour pouvoir prendre de bonnes décisions. Il souligne qu'ils ne vont pas redemander deux fois les mêmes informations au personnel et qu'ils ne cherchent pas à alimenter indûment des cimetières de statistiques. Il estime que l'on se trouve vraiment dans des éléments qui sont centraux pour la conduite de la politique publique de la santé.

Une commissaire des Verts aborde l'article 31 et elle a l'impression que la crainte exprimée est que l'on force à donner trop de statistiques, mais elle observe que, dans l'ancienne loi, il était précisé « dans la limite de leurs capacités, les professionnels et les institutions sont tenues de participer... » ; elle pense que l'on pourrait remettre « dans la limite de leurs capacités » afin de rassurer. Concernant l'article 28, elle observe qu'en fin de compte, il était déjà prévu auparavant que la planification sanitaire comprenne à la fois le plan de prévention et le plan d'accès aux soins. Par ailleurs, elle relève qu'il est stipulé que le Grand Conseil doit se prononcer sur les rapports dans les six mois ; elle remarque que cela fait largement plus que six mois. Elle se demande donc ce qu'il se passe lorsque la loi n'est pas respectée.

M. Bron estime que poser la question, c'est y répondre ; il relève qu'il est en effet, dans ce cas, problématique pour eux de valider l'image qu'ils proposent pour l'orientation du réseau de soins pour les années qui viennent.

M. Poggia observe qu'il y a beaucoup d'injonctions dans les lois qui ne sont pas respectées et que la République fonctionne heureusement malgré tout, même lorsque l'on oublie de respecter par exemple un délai d'ordre.

M. Bron n'est pas sûr que cela milite contre cette précision dans la loi.

Un commissaire UDC indique qu'il n'a aucun problème à fournir des statistiques, mais il pense que la justification donnée pour demander ces statistiques est peu éclairante. Il rappelle qu'il y a quand même une demande de droit de pratique qui se fait auprès du médecin cantonal ou au pharmacien cantonal, y compris pour les remplaçants. Il pense que l'on sait donc où sont

les gens. Il relève en outre qu'il existe le devoir d'annonce qui fait aussi partie des obligations professionnelles. Il pense qu'en théorie, les instruments pour avoir ces informations devraient déjà exister. Par ailleurs, il estime qu'il n'y a pas une réticence à fournir des chiffres, mais il considère qu'il est exaspérant de voir que l'on fournit déjà ces statistiques au niveau fédéral. Il pense que l'on pourrait imaginer que Genève prenne les données transmises à l'OFSP ou alors que l'on envoie un duplicata de ce qui est envoyé à Berne au canton. Il estime que l'on devrait donc avoir une possibilité de ne pas avoir à refaire les mêmes statistiques. Enfin, il observe que le fait de ne pas se vacciner pour certaines maladies est un luxe qui existe uniquement pour les personnes qui sont entourées de personnes qui ont été vaccinées. Il pense que l'on doit être cohérent entre l'intérêt de la santé publique, la prévention, le principe de la vaccination et le système de contrôle que l'Etat peut mettre en place pour éviter que certains vaccins génèrent des problèmes découlant de leur composition. Il estime qu'il s'agit d'un problème de contrôle, de l'innocuité du vaccin et du fait que le contrôle vaccinal doit se faire auprès du fabricant. Il indique avoir du mal à entendre le fait que l'on remette en doute un principe qui est salvateur pour l'ensemble.

M. Bron explique qu'ils ont rappelé ce principe statistique de base et qu'ils ne demandent donc pas deux fois les mêmes choses. Par ailleurs, concernant les droits de pratique, il observe que chaque professionnel de la santé a un droit de pratique, mais que l'on ne connaît néanmoins pas l'évolution de leur travail, notamment s'ils ont maintenu leur activité.

Un commissaire UDC se demande pourquoi l'on ne rendrait pas contraignante l'annonce des collaborateurs dans le domaine de la santé. Il pense que cela serait plus facile et que cela éviterait l'apparition de charlatans, en somme des gens qui prétendent être quelque chose qu'ils ne sont pas.

M. Bron estime que cela n'est qu'un aspect parmi d'autres.

Un commissaire PLR se dit étonné d'entendre M. Bron affirmer qu'il ne sait pas où se trouvent les médecins car l'annonce d'un changement d'adresse professionnelle doit être en principe annoncée à la DGS. Par ailleurs, concernant les médecins âgés, il se dit étonné à nouveau car les droits de pratique des médecins de plus de 70 ans font l'objet d'une simplification tous les deux ans. Il ajoute que le droit de pratique ne signifie pas forcément l'obligation de pratiquer. Il relève que des personnes prennent des retraites anticipées, mais ne veulent pas pour autant abandonner leur droit de pratique. Il estime que, si les statistiques pèchent, ce n'est pas par défaut d'obligation de renseigner.

M. Bron souligne qu'en effet, l'on ne sait pas ce qu'est l'activité derrière un droit de pratique et que l'on ne peut pas simplement partir du principe que l'existence d'un droit de pratique nourrit la réponse en besoins en soins à Genève.

Le président relève que l'art. 28 prévoit bien qu'il y ait deux rapports : un rapport de planification et un rapport des activités de promotion et de prévention. Concernant l'art. 30, alinéa 4, il se demande si c'est un élément nouveau et si cette disposition introduit le fait que l'on pourrait avoir une base légale pour introduire une planification ambulatoire. Il ajoute que l'on sait qu'il y a une lacune dans le domaine de la planification des soins ambulatoires.

M. Bron souligne que ce n'est pas par la loi cantonale que l'on va pouvoir faire une planification ambulatoire, si l'on n'a pas cette possibilité au niveau fédéral. Il ajoute que c'est une précision car la définition du plan cantonal d'accès aux soins demeure, pour le lecteur, quelque peu mystérieuse sur ce qui était attendu en termes de planification sanitaire.

M. Poggia souligne qu'aujourd'hui déjà, l'on fait en sorte que l'offre en soins ambulatoires réponde aux besoins.

Le président aborde l'article 31, alinéa 2, et relève que la formulation actuelle est un peu plus molle car l'on dit « en fonction de leur capacité » ; il n'est pas d'accord avec cette formulation car cela pourrait signifier, selon lui, que certains ne fournissent rien. Il se demande par ailleurs si cette nouvelle disposition a fait l'objet de consultations des organes factiers et des principales institutions ou pas.

M. Bron lui répond que ce n'est pas le cas.

M. Poggia indique qu'ils considèrent que l'AMG ne peut que prendre acte de la nécessité pour le canton de réunir les documents pour remplir les missions qui sont les siennes. Il ne voudrait pas que l'on interprète cette absence de consultation comme une lacune.

Un commissaire UDC indique, par rapport à la production des statistiques, qu'ils doivent remplir notamment une statistique pour la pilule du lendemain, avec un questionnaire très intime, ce qui est censé alimenter les statistiques cantonales, mais il relève qu'en 10 ou 15 ans, l'on ne lui a jamais demandé de fournir ces données et il considère que l'on remplit donc des papiers pour rien.

M. Bron lui répond que ce sont des récoltes de données qui sont liés à des dispositions fédérales.

Le président demande comment la commission désire avancer avec ce PL.

Un commissaire UDC pense que l'on se retrouve dans le même cas que pour le PL 12053, puisqu'il n'y a pas eu de consultations préalables, et qu'il

conviendrait d'entendre l'AMG sur les sanctions et éventuellement les représentants d'institutions privées, par exemple Genève Cliniques.

Un commissaire des Verts s'abstient sur ces demandes d'auditions.

Il n'y a pas d'oppositions à ces auditions.

Un commissaire UDC se demande s'il y a un intérêt d'auditionner l'OFSP pour voir s'il y a un moyen de lier les demandes de statistiques.

M. Bron souligne qu'il y a une dynamique au niveau fédéral qui définit la statistique, qui est lourde mais qui est très bien rodée et qui évolue. Il ajoute qu'ils n'ont que faire de ce que vont demander les cantons. Il répète que, pour leur part, ils ne vont pas redemander aux professionnels ce qui a déjà été demandé au niveau fédéral.

Un commissaire UDC indique que, si c'est inutile, alors il retire sa demande. Il demande néanmoins au département pourquoi les départements de la santé des divers cantons ne se mettent d'accord pour avoir les mêmes chiffres.

M. Poggia souligne qu'ils ont tout intérêt à avoir ces chiffres et qu'ils travaillent en effet pour les avoir. Il précise néanmoins qu'il faut une légitimité pour demander ces renseignements.

Un commissaire UDC pense que la conférence latine des directeurs de santé a une légitimité pour demander cela à l'OFSP.

M. Bron lui répond que la Confédération n'est pas responsable des réseaux de soins cantonaux et donc qu'elle ne va jamais intervenir au-delà de ses prérogatives. Il souligne qu'il n'y aura jamais la possibilité d'avoir tous les éléments nécessaires à la planification sanitaire du canton, rendue obligatoire par une loi fédérale. Il ajoute que, s'il y a déjà des éléments disponibles dans les statistiques fédérales, ils ne les redemandent pas au niveau cantonal car cela fait alors doublon et c'est donc par définition illicite.

Le commissaire UDC renonce à sa dernière demande d'audition.

## Séance du 2 février 2018

### *Audition de M. Michel Matter, Président de l'AMG*

Le président souhaite la bienvenue à M. Michel M. Matter, Président de l'AMG, et à M<sup>me</sup> Irène Bonada, Présidente du groupement des géiatres genevois ; il rappelle qu'il s'agit d'un deuxième tour de discussion, puisque le PL revient à la commission suite à un courrier d'Exit ; il leur cède la parole.

M. Matter considère tout d'abord qu'il s'agit d'un sujet éminemment délicat, émotionnel et qui appelle à certains commentaires de leur part,

notamment par rapport à l'aspect des institutions et de la liberté d'éviter d'être forcés. Il relève qu'ils ont aussi une interrogation sur la dénomination, à savoir s'il s'agit de lieux de vie ou de lieux de soins, ce qui est pourrait être, selon lui, une approche différente. Concernant les médecins qui travaillent dans ces EMS, il estime qu'il en va de leur responsabilité, mais aussi de la responsabilité du médecin traitant qui a suivi son patient sur un temps suffisant long. Il ajoute que l'on a également une difficulté quant à la banalisation de ce qui pourrait être entrepris et que l'appel d'air est un de leurs grands soucis. Il voudrait éviter que l'on tombe dans le blues de l'âgé et que le suicide assisté devienne la porte de sortie pour des personnes simplement fatiguées de la vie. Il estime que ces situations sont à la fois difficiles pour les institutions et les gens qui prennent en charge les patients. Ils savent qu'il y a une évolution dans le temps, au niveau des médias et de la population, ce qu'il considère être une stratégie des petits pas, définie par la société. Il ne veut pas qu'il y ait une professionnalisation de la mort et il rappelle qu'aucun professionnel de la santé ne peut être obligé à participer à cela. Il ne veut pas non plus que l'on se trouve dans une situation liée à l'abandon et ils préfèrent une concertation. Il ajoute qu'ils n'arrivent pas à déterminer dans leurs prises de position l'utilité de ce PL. Il indique qu'ils comprennent la réflexion politique sur ce sujet de société, que leur association ne cherche pas à contourner la problématique, mais plutôt à faire partie des acteurs de la réflexion. Il pense que le lien de concertation avec le médecin traitant doit être essentiel, mais qu'ils ont quand même une interrogation par rapport à la responsabilité du médecin exerçant en EMS. Il ne souhaite pas une société dans laquelle le médecin responsable est nommé parce qu'il a une position particulière par rapport à ce sujet hautement émotionnel et important par rapport à la vie et la mort des gens.

M<sup>me</sup> Bonada estime que la médiatisation du sujet fait que, dans le vécu populaire, l'on sent un besoin de légiférer. Elle considère néanmoins qu'il n'y a pas tant de personnes qui demandent qu'il y ait une loi pour décider. Elle indique qu'en tant que gériatre, elle n'a jamais eu de patient qui lui a directement demandé une assistance au suicide. Elle souligne qu'elle fait part d'une expérience de terrain dans le domaine de la gériatrie, mais aussi de l'oncologie avec des patients plus jeunes. Elle indique que les prises en charge médicales parallèles souvent font que ces patients font ce type de demandes, mais qu'ils n'ont pas forcément le désir réel de mourir. Elle pense que c'est sur ces thèmes qu'ils doivent continuer d'ancrer leurs décisions et leur travail. Elle ajoute que la demande de mort, selon elle, est souvent motivée par d'autres raisons, et peut-être une prise en charge médicale insuffisante. Concernant le service des polytraumatisés de Beau-Séjour, elle observe qu'il y avait aussi un autre type de population, hormis la population gériatrique, mais qu'elle n'a

jamais vécu ce type de demandes. Elle pense que c'est plus sur une thématique de prise en charge de pathologies qui sont axées sur des états dépressifs qu'ils aideraient ces patients, mais jamais sur une thématique d'aide à la mort. Elle indique qu'ils n'ont donc pas l'impression qu'il y a un besoin de légiférer sur la question. Elle pense que la loi pourrait donner la fausse impression de nous protéger par rapport à une décision, alors que cette dernière est multidisciplinaire et concertée. Elle relève enfin que le PL parle d'une commission d'évaluation, mais elle souligne que c'est déjà en réalité quelque chose qui se fait et elle ne pense donc pas que ce PL puisse apporter un bénéfice réel aux patients.

Un commissaire socialiste n'est pas sûr d'avoir compris les propos de M. Matter sur la liberté d'institution ; il se demande si cela veut dire qu'il prône le fait que chaque établissement devrait être libre de décider s'il accepte ou pas le suicide assisté.

M. Matter indique qu'il veut éviter que le rôle du médecin responsable soit un rôle pivot et que l'on se retrouve dans une situation où l'on a une approche du médecin responsable qui ait une ouverture ou pas par rapport à ce type de problématique. Il indique qu'il se prononce vraiment pour les membres de son association et pas au nom des EMS. Il souligne qu'il considère que le plus important est le respect du droit des personnes, mais aussi le respect de la notion d'institution. Il indique qu'il est essentiel que l'on ne soit pas à forcer qui que ce soit, en particulier par rapport au personnel qui travaille.

Un commissaire socialiste observe que, ni dans le canton de Vaud, ni dans le canton de Neuchâtel, l'on n'a constaté un tel appel d'air. Il ne sait pas sur quoi ils se basent pour parler d'appel d'air.

M. Matter estime que c'est une approche qui est celle du Président des médecins de famille et de la Présidente des psychiatres, avec qui il a récemment discuté. Il indique qu'ils ont l'impression que tout ce qui peut aller dans le sens d'une banalisation du suicide assisté est problématique. Il relève en outre que l'approche de la problématique du suicide assisté est délicate à la fois pour la personne concernée, mais aussi pour son entourage.

Un commissaire socialiste relève que M<sup>me</sup> Bonada a indiqué qu'elle n'avait jamais été confrontée directement à des demandes d'assistance au suicide. Il souligne que la commission a auditionné notamment les HUG et que ces demandes existent bel et bien et deviennent plus fréquentes.

M<sup>me</sup> Bonada lui répond que c'est leur rôle médical que de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un besoin qui soit lié à une pathologie médicale qui pourrait être traitée. Elle pense que l'on doit être sûr que la demande du patient n'émane pas d'une pathologie qu'ils pourraient soigner.

Un commissaire socialiste observe que le respect du libre-choix du patient est essentiel.

M<sup>me</sup> Bonada est en accord avec cela mais souligne que, lorsqu'ils prêtent serment, ils sont aussi censés pouvoir écarter une pathologie du patient qui peut être traitée.

M. Matter ajoute que le fait d'exprimer le phénomène d'appel d'air et la banalisation ne signifie pas qu'ils sont contre l'assistance au suicide. Il souligne qu'il peut comprendre certaines demandes mais que, pour d'autres cas, il a néanmoins plus d'interrogations. Il veut éviter que cela ne devienne quelque chose d'usuel et considère que l'assistance au suicide doit rester quelque chose d'exceptionnel.

Un commissaire socialiste considère que cette crainte de la banalisation est une exception genevoise.

Une commissaire socialiste relève que si l'on ne doit pas forcer les institutions, alors l'on doit empêcher les personnes.

M. Matter pense que c'est quelque chose qui ne doit pas se cristalliser autour du médecin d'EMS.

Une commissaire socialiste se demande à quoi il ne faut pas forcer les institutions.

M. Matter pense que l'assistance au suicide dépasse le cadre pur de l'EMS, dans lequel il y a aussi un personnel qui est présent et qui peut ressentir un malaise, s'il y a tout d'un coup une obligation qui leur est imposée. Il ajoute qu'il ne rentre pas dans le débat des obédiences religieuses.

Une commissaire socialiste précise que l'alinéa 5 de l'art. 39A stipule que le personnel de l'établissement ne peut participer à titre professionnel à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide. Elle observe que, de ce point de vue là, l'on est tout à fait d'accord.

M. Matter souligne que, pour avoir beaucoup travaillé dans les soins palliatifs, ce domaine n'est pas vierge d'émotions et de sentiments, qu'il y a de l'humain qui souffre et de l'humain qui travaille autour des personnes qui souffrent. Il souligne que des gens qui travaillent dans une structure doivent tout d'un coup être soutenues et ajoute que, dans le domaine des soins palliatifs par exemple, le soutien psychologique est extrêmement lourd, mais qu'il est sans doute encore plus compliqué dans les situations de fin de vie.

Une commissaire socialiste se demande s'ils seraient favorables au fait que le rôle de vérification des conditions remplies soit plutôt donné au médecin traitant, compte tenu de la qualité de la relation privilégiée qu'il a avec le patient, au lieu que cela soit confié au médecin responsable.

M. Matter observe que ce médecin traitant est celui qui suit le patient depuis un certain temps et qu'il connaît son patient ; il souligne qu'il y a des situations où le médecin traitant prend une position et qu'il y a tout d'un coup parfois un changement de ce médecin traitant, ce qui est problématique. Il ajoute par ailleurs qu'ils ont eu aussi des difficultés internes au sein de l'AMG car M. Beck était auparavant à la tête de la déontologie et qu'il était aussi vice-président d'Exit ; il ajoute que, de ce fait, ils ont dû faire des choix et définir les choses.

M<sup>me</sup> Bonada souligne que ce sont des termes utilisés comme tels mais qu'ils sont en réalité relatifs car un médecin traitant peut l'être longtemps ou alors pas assez pour pouvoir donner un avis. Elle estime qu'il est compliqué de définir la bonne personne car cette bonne personne existe parfois mais parfois n'existe pas, au moment où il faut passer à l'acte. Elle estime que la notion la plus appropriée est plutôt celle de commission, mais elle ajoute que c'est déjà cela qui est fait actuellement. Par ailleurs, elle souligne que le fait de se déterminer sur la capacité de discernement est également quelque chose de très compliqué.

M. Matter estime qu'il est difficile de rendre obligatoire le passage par le médecin traitant, mais il considère qu'il est important de renforcer son rôle. Concernant les exemples à Neuchâtel et Vaud, il ne sait pas si Exit fait appel à chaque fois au médecin traitant ou alors si, parfois, c'est couvert par le secret professionnel. Il pense que ce serait intéressant de savoir si c'est un passage qui est fait et qui est une réalité. Il pense qu'il y a peu de médecins qui connaissent mieux la personne que le médecin traitant, mais il souligne que ce médecin n'est pas psychiatre et qu'il convient donc parfois qu'il y ait une concertation entre plusieurs médecins et plusieurs professionnels. Il ajoute qu'il est néanmoins important que des gens qui connaissent la situation puissent se prononcer.

Une commissaire socialiste se demande si l'AMG a pris position dans la consultation sur la modification des directives de l'ASSM sur la fin de vie.

M. Matter indique qu'il va poser la question et qu'il donnera par la suite une réponse.

Un commissaire UDC éprouve des difficultés par rapport au champ des patients concernés, notamment le fait que l'on ne tienne pas compte, dans les critères d'évaluation, de l'expérience de vie résiduelle et qu'il n'y a pas de limite d'âge. Il évoque le cas d'un jeune qui aurait un accident de voiture qui induirait une stomie permanente ou pas et qui pourrait induire une dépression qui serait définitive ; il se demande donc si Exit pourrait intervenir tout en restant dans son champ d'application ; il précise que c'est là où il a un souci.

Il pense pour sa part que se sont des patients qui seront sûrement heureux après un certain nombre de mois ou d'années de ne pas être allés jusqu'au bout de la procédure.

M<sup>me</sup> Bonada pense que l'on doit avoir une démarche inverse au niveau médical et commencer par voir si l'on peut traiter l'état dépressif réactionnel et elle estime que l'exemple donné peut se répercuter dans toutes les situations puisque l'on doit, selon elle, d'abord essayer de soigner et protéger.

Un commissaire UDC se demande si l'on peut imaginer que, dans ce processus, il y ait une forme de prise de vitesse d'Exit au détriment des possibilités de traitement et donc du temps qui pourrait venir à manquer au thérapeute.

M<sup>me</sup> Bonada pense que cela pourrait en effet être un biais et que c'est donc en ce sens que l'on peut imaginer peut-être une forme de facilitation.

Un commissaire UDC se demande si ces cas limites sont nombreux.

M<sup>me</sup> Bonada lui répond par l'affirmative.

Le président lui demande s'il est disponible pour revenir la semaine prochaine pour traiter le PL 12124.

M. Matter lui répond par la négative mais indique que quelqu'un d'autre viendra représenter l'AMG.

## **Séance du 9 février 2018**

*Audition de M. Gilles Rufenacht, président de Genève-Cliniques et Directeur général de la Clinique des Grangettes, de M. Nicolas Froelicher, vice-président de Genève-Cliniques et directeur général de l'Hôpital de La Tour et de M. Stephan Studer, membre du comité et directeur général d'Hirslanden Clinique La Colline*

Le président souhaite la bienvenue à M. Rufenacht, M. Froelicher et M. Studer et leur cède la parole.

M. Rufenacht remercie la commission et indique tout d'abord qu'ils ont au fond plus de questions que de réponses. Il désire rappeler que la planification sanitaire est un outil pour répondre aux besoins de la population, qui doit tenir compte des hôpitaux publics et des acteurs privés et doit faire en sorte que toute la population ait un accès aux soins, selon deux critères : la qualité et l'économicité. Il ajoute que la planification sanitaire peut aussi être un outil de maîtrise des coûts et peut donc être utilisée pour maîtriser l'augmentation des coûts de la santé, à la fois pour les assurés et pour le canton. Il rappelle qu'à Genève, la DGS a voulu mettre des quotas dans les cliniques privées pour les assurés de base et que la particularité genevoise est que le canton est à la fois

propriétaire des HUG et en charge de la planification hospitalière. Il considère que ces quotas limitent la possibilité de mieux maîtriser les coûts de la santé. Il souligne qu'ils considèrent qu'il y a donc une inégalité de traitement dans le cadre de la planification hospitalière et de la planification sanitaire à Genève, qu'ils souhaitent donc le rappeler dans le cadre de l'application de ce PL, et par ailleurs, qu'il y a un certain nombre d'économies à réaliser grâce à l'apport du secteur privé. Il demande enfin quel est le but de ce toilettage de cette loi concernant la planification et ils n'espèrent pas qu'il s'agisse d'un outil servant à planifier la médecine ambulatoire ; il observe que cela est dans l'air du temps et estime que l'on en voit les effets catastrophiques sous la forme d'un rationnement organisé. Il désire donc être rassuré par la commission à ce sujet.

M. Froelicher souligne par ailleurs qu'il y a la loi, son application, puis la réalité des pratiques et les effets de la loi dans le domaine des coûts de la santé ; il relève qu'il y a donc les primes de l'assurance-maladie, puis les impôts pour la partie subventionnée par l'Etat. Il a amené 2 tableaux qu'il distribue : l'un sur les prestations par assuré, par mois et par canton depuis 1997, afin de voir l'évolution des coûts dans le domaine stationnaire ; un deuxième tableau concernant les prestations d'intérêt général, avec la participation des cantons à ces soins hospitaliers. Il relève que, dans leurs auditions précédentes, le cas zurichois a souvent été décrit comme un mauvais exemple de libéralisation de la santé car le canton de Zurich a appliqué les règles de la LAMal dans le domaine hospitalier, c'est-à-dire qu'il participe au financement de tous les mandats qu'il estime nécessaires pour couvrir les besoins de sa population, y compris pour les patients privés ; il observe qu'il a été dit que cela faisait exploser le budget du canton. Il précise que les hôpitaux zurichois étaient encore récemment subventionnés par les municipalités, mais qu'avec la nouvelle réforme du financement hospitalier, toutes les charges sont désormais passées au canton, lequel finance donc maintenant 55% du financement des séjours stationnaires. Il précise que l'on voit donc, dans le tableau, les prestations brutes par assuré et que, pour la Suisse et Zurich en particulier, il y a un saut important en 2012.

M. Froelicher explique que les cantons ont donc été appelés à financer le 55%, alors qu'auparavant il s'agissait de pourcentages variés ; il ajoute que l'on ne voit pas ces effets à Genève car la croissance a continué de manière régulière, sans ce saut. Il estime néanmoins que la mise en concurrence des hôpitaux, voulue par la LAMal, a eu comme effet que le coût par assuré pour les frais stationnaires ont baissé au niveau suisse et au niveau zurichois de manière encore plus marquée, alors que Genève se retrouve au-delà de la moyenne nationale, situation qu'elle a connue jusqu'à 2012. Il observe que les mesures que les autres cantons ont prises ont fait que les coûts à charge de

l'assurance de base ont baissé. Par ailleurs, il indique qu'au verso du document, l'on trouve un tableau concernant les prestations d'intérêt général et que l'on peut voir qu'il y a des degrés de financement très variés. Il explique qu'à Genève, le coût par cas est très élevé puisqu'il est de 6600 F et qu'à Zurich, le coût par cas est de 722 F. Il estime que cela est un effet de la planification genevoise qui, selon lui, n'a pas eu un effet positif, ni pour la partie à charge des primes de l'assurance-maladie, ni pour la partie à charge du canton.

Un commissaire PLR observe que dans le cadre d'un cas d'un patient qui est hospitalisé en clinique privée, qui n'est qu'au bénéfice de l'assurance de base et qui se trouve dans le cadre des quotas, sera alors facturé uniquement au niveau DRG et donc que 45% sera à charge de l'assurance et 55% à charge de la collectivité. Il souligne qu'il n'y a donc aucune facturation privée. Il observe que, pour un patient privé, hospitalisé en dehors des quotas, il y a une facturation DRG adressée à l'assurance de base qui paye le 45%, que le 55% n'est pas payé du tout par la collectivité, mais qu'il reste la facturation privée prise en charge par l'assurance complémentaire.

M. Froelicher lui répond que c'est exact mais il souligne que les 55% de la part cantonale manquante sont pris en charge entièrement par l'assurance complémentaire.

Un commissaire PLR observe que le point DRG n'est pas le même pour les cliniques privées que pour les HUG.

M. Froelicher indique qu'à Genève, le base rate est de 9550 F en clinique privée et de 10 500 F aux HUG.

Un commissaire PLR aurait voulu savoir par ailleurs ce que recouvrent les prestations d'intérêt général.

M. Froelicher indique qu'il s'agit de tous les financements hors LAMal. Il ajoute que le point DRG, avec une partie à charge de l'assurance de base et une partie à charge de l'Etat, couvre l'intégralité d'une hospitalisation, y compris les investissements dans les bâtiments. Il relève qu'il y a néanmoins, dans le cas de Genève, des financements supplémentaires, par exemple l'investissement d'un parc immobilier, qui ne sont pas pris en charge par le forfait mais pour lesquels l'on accorde toutefois des subventions séparées, ainsi que des subsides pour d'autres prestations supplémentaires, par exemple un service d'urgence qui serait déficitaire.

Un commissaire PLR comprend que ce sont des prestations d'intérêt général pour les hôpitaux publics qui viennent donc en plus.

M. Froelicher lui répond par l'affirmative.

Un commissaire PLR comprend qu'il y a donc une subvention qui vient renforcer les hôpitaux publics.

M. Rufenacht lui répond par l'affirmative et considère que tout hôpital devrait pourtant être financé pour son exploitation et pour les patients, en dehors de la recherche et de la formation, par son activité propre générée par les patients.

Le président désire revenir, dans le cadre du PL, sur la planification sanitaire. Il a entendu qu'ils désiraient savoir si ce PL ne serait pas la porte ouverte à la planification des activités ambulatoires. Il indique qu'il a envie de leur dire « Et alors ? ». Il explique que l'on sait depuis le début qu'historiquement, la planification était la planification hospitalière, mais que maintenant, avec l'évolution de la réforme du financement hospitalier, l'on veut financer des prestations. Il ajoute par ailleurs qu'il y a un autre mouvement important : la prise en charge de pathologies qui se faisaient dans le domaine hospitalier et qui se font désormais en ambulatoire, ce qui permet notamment une économie des coûts. Il ajoute qu'à partir du moment où l'on se place du point de vue du planificateur et probablement aussi des prestataires, l'on pourrait peut-être trouver un terrain d'entente pour construire ensemble une connaissance du système, de manière à avoir accès à des données populationnelles, mais aussi des données médico-économiques pour savoir comment aller vers une planification qui soit plus transparente et mieux construite. Il se demande donc si l'on ne pourrait pas transformer leur crainte en quelque chose de porteur.

M. Studer désire revenir sur la planification stationnaire. Il relève que l'art. 28, dans sa nouvelle teneur, spécifie bien que le but est de « définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus efficiente possible. » et donc que tout le côté rationnel et économique a disparu. Il indique que l'on peut se demander si, par rapport aux chiffres évoqués par M. Froelicher, notre planification stationnaire est efficiente, économique, qualitative et adéquate, avant de parler de la planification ambulatoire. Il affirme que, par rapport au sens du shift du stationnaire vers l'ambulatoire, ils sont tout à fait partants, même s'il y a des contraintes et des incitatifs à trouver, notamment des financements de l'Etat au niveau ambulatoire. Il pense que le fond de la question est qu'il faut penser aux citoyens genevois qui payent des primes qui deviennent de plus en plus lourdes. Il relève que, dans le canton de Vaud, l'on parle de subsides pour 45% de la population. Il se demande donc comment l'on peut mesurer l'efficience mentionnée à l'art. 28, rien qu'en stationnaire.

M. Rufenacht ajoute qu'ils n'ont pas envie que la planification stationnaire soit appliquée de la même façon à l'ambulatoire.

Le président aborde l'art. 31, al. 2 et se demande comment ils se positionnent par rapport à ce dernier.

M. Studer indique qu'en ce qui concerne le groupe qu'il représente, ils sont totalement au fait de cela, qu'ils participent à toutes les demandes de l'OFS et de la DGS et qu'ils sont d'accord de transmettre le maximum d'informations. Il considère que cela est important pour la qualité des prestations qu'ils offrent et pour la sécurité de leurs patients.

Un commissaire UDC indique qu'il a une question quant à la détection et la prévention des maladies transmissibles, notamment les campagnes de vaccination ; il se demande si les cliniques privées ont d'autres thérapies que la vaccination.

M. Rufenacht lui répond qu'en principe, il n'y en a pas d'autres.

M. Froelicher ajoute qu'ils sont plutôt en phase avec les HUG qui ont un département qu'il juge exceptionnel en termes de vaccination.

Un commissaire PLR relève que l'un des facteurs qui font augmenter les primes d'assurance maladie de base est le transfert d'activité de type stationnaire vers une activité de type ambulatoire alors que les mêmes plateaux techniques sont requis. Il considère que, dès que l'on tombe dans l'ambulatoire, l'on tombe sur les dispositions de la LAMal, dont l'un des 5 piliers est la protection tarifaire ; de ce fait, l'on ne peut pas facturer différemment d'un tarif de base, lequel est devenu, selon lui, ridiculement bas pour certains gestes, que les chirurgiens refusent même de les effectuer. Il se demande si une solution qui verrait une modulation de cette impossibilité de facturer différemment et qui ferait sortir les actes qui nécessitent un plateau technique de type hospitalier, pourrait permettre, selon eux, une ouverture vers les assurances privées, qui auparavant prenaient en charge ces gestes, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Il pense que cela permettrait aux personnes au bénéfice d'une assurance privée de ne plus émarger aux listes d'attente des hôpitaux publics. Il pense que l'on reviendrait un peu en arrière, mais avec une première vitesse de médecine qui serait plus grande pour les personnes qui ne sont pas au bénéfice d'une assurance privée car elles auraient plus vite accès à ces prestations en hôpital public.

M. Froelicher souligne que les assureurs sont très demandeurs pour des prestations à valeur ajoutée dans le domaine ambulatoire ; il rappelle que la protection tarifaire s'applique aux prestations LAMal, mais qu'il existe déjà des produits, comme à Helsana le produit Primeo, qui rémunèrent, avec des remboursements supplémentaires, le confort hôtelier et le libre-choix des médecins. Il souligne que cela n'est pas encore très répandu et que 99% de l'ambulatoire doit se faire sous la protection tarifaire.

Un commissaire PLR se demande de quel genre de gestes l'on parle.

M. Froelicher lui répond qu'il s'agit de prestations privées pour de la chirurgie ambulatoire.

M. Rufenacht observe que les assureurs privés font une économie, mais aussi le canton puisqu'en passant du stationnaire à l'ambulatoire, l'on passe à un financement à 100% assumé par l'assurance de base. Il explique qu'ils suggèrent aussi pour cela un DRG ambulatoire qui pourrait être cofinancé par le canton et qui motiverait le shift du stationnaire vers l'ambulatoire, sachant que les coûts globaux resteraient, selon lui, plus bas et qu'une économie réelle serait générée par ce type de financement.

M. Studer ajoute que, dans une structure privée, l'on a la capacité de moduler les plateaux techniques de manière plus rapide et qu'à terme, il faudrait qu'il y ait des structures qui ne soient dédiées qu'à ce type de prise en charge.

Un commissaire UDC ne sait pas si une forme d'inventaire du matériel disponible dans le canton, avec son taux d'utilisation, est présente au sein de la planification sanitaire ; il se demande si ce type d'inventaire ferait sens pour pouvoir optimiser le matériel pour la population et réduire ainsi le temps d'attente pour certains examens ou alors si cela vient à l'encontre de la notion de concurrence. Il se demande s'ils vivraient cette communication de l'information, en tant que privés, comme une intrusion dans leurs affaires ou pas.

M. Rufenacht souligne qu'il y a déjà eu une demande d'inventaire de la part du département et qu'ils ont répondu assidûment sur les équipements à disposition. Il précise que le but était de regarder dans quelle mesure il pouvait y avoir des coopérations entre les uns et les autres et ainsi éviter des achats inutiles. Il précise qu'il fait néanmoins la différence entre l'achat des gros équipements dans les hôpitaux publics et privés et les équipements dans les centres ambulatoires de ville. Il relève qu'un hôpital a l'obligation de répondre en tout temps à un examen d'imagerie et il estime donc que le fait de limiter l'accès aux équipements à valeur ajoutée dans les hôpitaux serait une erreur majeure et que le fait de devoir demander une autorisation pour l'obtention d'un équipement pour un hôpital serait une erreur majeure également. Par ailleurs, il ajoute que cela demanderait une égalité de traitement entre le public et le privé, ce qui ne serait, selon lui, certainement pas le cas car l'hôpital peut toujours justifier l'achat d'un équipement sur des sujets de formation et de recherche, ce qui sera néanmoins aussi bientôt le cas pour des cliniques privées. Il différencie quand même la pratique hospitalière de la pratique de ville. Il ne croit pour sa part pas que, plus l'on a de médecins et d'équipements,

plus l'on consomme ; il pense que l'accès aux soins et leur efficacité sont ce que l'on doit offrir à la population. Il ajoute que le fait de commencer à restreindre l'accès à ces équipements est une fausse piste pour limiter les coûts de la santé.

Un commissaire UDC entend qu'il s'agit d'un sujet sensible mais ajoute que l'on a vu que, par rapport aux coûts de la santé, il y avait un chiffre avancé de 15% ou 20% d'examen complémentaires jugés inutiles dans la prise en charge du patient. Il ajoute que, si l'on a du matériel qui est libre et qu'on doit l'amortir, il y a peut-être une tentation de faire des examens en plus, qui chargent énormément en termes d'assurance. Il lui semble donc important politiquement d'optimiser le matériel, de manière à ce que les équipements aient une efficacité reconnue.

M. Rufenacht souligne qu'il y a des examens inutiles dans le monde entier. Par ailleurs, il relève que ce n'est pas parce qu'il y a des équipements disponibles qu'on les remplit de patients. Il explique que, lorsque l'on prescrit une IRM, il y a un médecin qui décide, avec son patient en face, si le patient va avoir cette IRM ou pas ; il précise que ce n'est donc pas le radiologue qui décide cela. Par ailleurs, il souligne que l'on pratique moins d'examen IRM par habitant en Suisse que dans les pays de l'OCDE. Il rappelle en outre que la génération de médecins qui sort de l'hôpital prône de plus en plus la médecine défensive et que les médecins qui sortent de l'hôpital sont donc plus demandeurs d'examen. Il pense que cela est dû au fait que les médecins ont été de plus en plus attaqués, parfois par l'intermédiaire de certains avocats, et qu'ils ont dû se blinder. Il observe qu'ils doivent répondre à un certain nombre de pressions de la part de la société actuelle. Il ajoute que, dans la médecine universitaire actuelle, l'on voit qu'il y a plus de demandes d'examen par rapport aux médecins anciens qui sont plutôt des cliniciens.

Un commissaire PDC observe qu'une partie de l'augmentation des examens est liée au fait que l'on ne veut pas prendre de risques, mais il pense que cela est aussi lié à la formation des jeunes médecins qui est selon lui moins bonne qu'avant car il y a moins de cliniques. Il souligne que les professeurs sont moins cliniciens qu'avant, qu'il y a moins de malades en hôpital qu'avant et donc moins de possibilités d'apprendre. Il pense que l'on doit donc repenser aussi la façon dont on forme les jeunes médecins.

Un commissaire MCG observe, concernant l'intérêt qu'ils portent à l'ambulatoire, qu'ils disent qu'il s'agit d'une bonne manière de réduire les coûts mais qu'en même temps, ils proposent une prise en charge par le canton, comme cela se fait dans les hôpitaux. Il se demande si, en tant que privés, ils ont intérêt à dire aux députés « Prenez dans les poches des contribuables pour

financer cela. », plutôt que de voir les assurances prendre en charge cela. Il se demande donc s'ils ont un intérêt particulier à faire cette promotion.

M. Froelicher souligne que cela provient simplement du fait que, pour le stationnaire, l'assurance de base ne prend en charge que 45% du financement et que, pour l'ambulatoire, il prend en charge le 100% (moins la franchise). Il observe qu'il y a donc un déplacement de ces charges vers l'assurance de base, laquelle risque d'exploser et que le canton finira quand même par financer les primes pour les personnes dont la prime est devenue insupportable. Il relève que, pour éviter ce déplacement du financement vers les impôts, il a été proposé d'avoir un one day DRG, au même titre que pour les personnes qui restent la nuit. Il se demande pourquoi cela serait différent pour quelqu'un qui peut partir le jour même et pourquoi, à ce moment, le canton n'intervient pas, dans le but de permettre aux primes d'assurance maladie de rester abordables.

Un commissaire MCG n'est pas convaincu par cette argumentation car il estime que les députés doivent contrôler les dépenses de l'Etat et que l'on encourage ici la prise en charge des assurés par l'Etat, alors que c'est la vocation principale d'un assureur et que l'ambulatoire permet de maîtriser les coûts généraux. Il ne comprend pas la logique qui voudrait que les cliniques privées encouragent une prise en charge anticipée par les contribuables.

M. Froelicher précise que les 55% que le canton paye maintenant pour une hospitalisation sont bien moins chers si elle est faite en ambulatoire.

M. Studer prend l'exemple d'une macroscopie qui va coûter en stationnaire 9000 F et donc environ 5000 F pour l'Etat et 4000 F pour l'assurance. Il souligne que cette même macroscopie coûtera peut-être 2000 F en ambulatoire. Il relève que si l'on garde la même logique, cela ne coûtera plus que 1100 F à l'Etat au lieu de 5000 F. Il observe qu'il y a donc clairement un gain, si le transfert se fait vers l'ambulatoire.

Un commissaire MCG pense que ce transfert se fait déjà aujourd'hui.

M. Studer lui répond que ce n'est pas le cas car il n'y a légalement aucune contrainte allant dans ce sens, que c'est le médecin qui choisit sa stratégie médicale et qu'il y a derrière des incitatifs financiers. Il estime que les honoraires d'une opération qui dure 30 minutes en ambulatoire ne sont actuellement pas forcément adéquats. Il relève que l'incitation n'est donc pas là et qu'il faut peut-être créer une tarification nouvelle pour se situer au milieu. Au niveau économique, il pense qu'il n'y a pas un hôpital ou une clinique en Suisse qui ait intérêt à passer du stationnaire vers l'ambulatoire. Il relève néanmoins qu'en France, l'on a à peu près 70% des prestations qui sont faites en ambulatoire. Il ajoute qu'ici, l'on n'a néanmoins pas les structures ni les incitatifs pour permettre cela.

M. Rufenacht pense qu'il faut donc un incitatif financier qui pousse vers l'ambulatoire.

Une commissaire des Verts se demande si leurs comptes sont publics.

M. Rufenacht lui répond par la négative.

M. Poggia indique que les chiffres qui sont donnés doivent pouvoir être vérifiés ; il relève qu'un rapport d'Avenir Suisse a été publié cette semaine et que la question des prestations d'intérêt général était déjà ressortie dans un autre rapport, lequel démontrait que ces chiffres n'étaient pas comparables d'un hôpital à un autre par ce que l'on n'y mettait pas les mêmes choses. Il ajoute qu'il est clair que les prestations d'intérêt général, l'on ne les demande en principe pas aux cliniques privées, que cela vient en plus des soins et que la question est donc de savoir s'il y a trop de PIG aux HUG ou pas. Il est convaincu que les cliniques privées ne les feraient pas car elles ne sont pas rentables ou alors qu'ils demanderaient de financer cela tellement cher que l'on n'aurait pas intérêt à le faire. Il souligne qu'il reviendra sur ces chiffres si la commission le souhaite. Par ailleurs, concernant Zurich, il indique que le canton a fait une bascule entre les prestations communales et cantonales ; il précise qu'ils vont vérifier si c'est vraiment le cas, mais observe que son collègue zurichois a envisagé de mettre un impôt sur le bénéfice des cliniques privées ; il pense qu'il a donc dû faire un lien entre les bénéfices désormais créés en faveur des cliniques privées, grâce à l'ouverture du marché, et l'impôt qu'il voulait créer pour faire rentrer à nouveau quelque chose dans les finances du canton. Il souligne que M. Rufenacht a dit que leurs tarifs DRG négociés avec les assureurs étaient à perte et il observe qu'ils disent donc que ce sont des prix qu'ils négocient avec des assureurs et pas des coûts, alors que les chiffres des HUG sont transparents et que l'on peut voir leurs coûts. Il affirme enfin que le coût du stationnaire hospitalier à Genève est en dessous de la moyenne suisse à Genève, depuis 2013, alors qu'il est en dessus de la moyenne suisse à Zurich.

Le président désire savoir, concernant le PL, s'ils ont des propositions d'amendements précises.

M. Studer relève qu'il était écrit initialement à l'art. 30, al. 3, qu'il y a une coordination entre les hôpitaux publics et le privé ; il se demande pourquoi cela ne figure plus dans la nouvelle teneur, alors que le ministre de la santé les incite depuis 4 ans à faire des coopérations entre public et privé.

M<sup>me</sup> Etienne lui répond qu'il s'agit d'une simplification de la formulation et que l'on reparle à l'al. 4 d'une « contractualisation avec les institutions sanitaires concernées ».

M. Studer se demande si l'on pourrait rajouter « privés et publics » d'une certaine manière.

M. Rufenacht observe que l'art. 39 al. 1, lettre d, de la LAMal stipule que « les privés doivent être pris en considération de manière adéquate. »

M. Poggia pense que l'on n'a donc pas besoin de le rajouter ici. Il ajoute que le dernier communiqué de presse des HUG annonce un PPP décidé par le CA pour créer des salles d'opération de chirurgie ambulatoire et que ce communiqué annonçait un appel d'offres dans le cadre d'une procédure de marché public pour pouvoir mettre en place ce partenariat.

Le président propose qu'ils envoient, le cas échéant, leurs propositions d'amendements au SGGC, lesquelles seront ensuite reprises par un groupe ou pas.

Le président remercie les personnes auditionnées et les raccompagne.

### ***Audition de M. Jean-Marc Guinchard, Secrétaire général a.i de l'AMG***

Le président souhaite la bienvenue à M. Jean-Marc Guinchard, et lui cède la parole.

M. Guinchard remercie la commission et rappelle en premier lieu que la commission n'avait donc pas eu le temps d'aborder le PL 12124 avec M. Matter. Il souligne qu'il va être bref car le projet n'appelle pas beaucoup de remarques de la part de l'AMG puisque la plupart des modifications découlent de la loi fédérale sur les épidémies ; il précise qu'ils n'ont donc pas d'oppositions formelles par rapport au texte proposé. Il souligne qu'il a néanmoins quelques remarques. Il explique que l'art. 21, al. 2 et 3 (nouvelle teneur), al. 4 (nouveau) leur paraît proportionné puisqu'il ne prévoit pas de mesures de contrainte et que les articles 28, 29 et 30 n'induisent pas de changement matériel ce qui leur convient. En revanche, il souligne avoir un questionnement sur l'alinéa 2 de l'art. 31 : il rappelle que l'art. 23 et l'art. 59A de la LAMal prévoient déjà l'obligation pour les professionnels et les institutions de fournir des chiffres et des statistiques, notamment pour les besoins de la planification cantonale, et il ne voit donc pas quelles pourraient être les statistiques supplémentaires demandées par le canton. Il observe que l'on parle tout de suite d'une amende pouvant aller jusqu'à 5000 F et il estime qu'il serait plus judicieux de prendre des mesures incitatives et d'information dans le but d'agir plutôt sur la conviction que sur le fait d'amender.

M. Poggia indique, concernant les données, qu'ils doivent pouvoir approuver le point Tarmed et que, pour cela, ils doivent connaître la structure du cabinet et quels sont leurs coûts de fonctionnement, mais que,

malheureusement, ces données ne sont en leur possession que de manière très parcimonieuse. Il ajoute qu'ils ont fait des démarches auprès de l'AMG, laquelle n'a pas donné de réponse car ses membres ne lui en ont pas donné. Il pense qu'il faut mettre de la transparence dans le domaine de la santé. Il ajoute qu'ils ont aussi des problèmes avec les cliniques privées, lesquelles n'avaient pas donné les informations à l'OFS, et qu'il y a donc régulièrement des lignes blanches en ce qui concerne les cliniques privées genevoises. Il précise qu'il ne s'agit pas de demander des informations supplémentaires et que ce sont des informations qui sont déjà demandées au niveau des cliniques.

M<sup>me</sup> Cavallero ajoute qu'ils avaient demandé aux médecins de fournir des informations sur leurs coûts et leurs recettes pour avoir une idée de ce que l'on pouvait imaginer refaire au niveau de la structure TARMed, mais qu'aujourd'hui, ils ne les ont toujours pas reçues. Elle précise en outre que les demandes faites à l'AMG sont restées sans suite, qu'ils ont eu l'affaire des chirurgiens de la main, lesquels, hier, ont finalement fourni oralement leurs données. Elle souligne que la statistique fédérale a quand même comme objectif de récolter des données sur les différents coûts et recettes des cabinets médicaux, que l'on n'arrive pas à acquérir l'ensemble de ces informations et enfin que l'AMG a décrété en séance que les médecins ne rempliraient pas cette partie des questionnaires.

M. Guinchar d assume volontiers la responsabilité des manquements constatés, même s'il ne reprend les affaires que très récemment. Il observe que la Confédération et les assureurs ont néanmoins déjà beaucoup de renseignements. Il pense que l'on se trouve sur la bonne voie, au niveau des coûts des médecins, puisqu'ils ont relancé l'enquête Roko. Il souligne le peu d'attrait des médecins pour l'administration et pense qu'une fois que l'on aura les résultats de cette enquête, l'AMG pourra s'en servir et en faire bénéficier la DGS.

Un commissaire UDC se base sur son expérience d'une autre profession de la santé, observe qu'il existe des offices qui doivent fournir leurs statistiques et que, si l'on ne fournit pas ces statistiques, alors l'on reçoit une amende. Il observe que les questionnaires sont très formalisés et donc que soit l'on fournit les informations, soit l'on paye l'amende. Il se demande s'il y a un principe similaire dans le cas des médecins.

M. Guinchar d lui répond par la négative.

Un commissaire UDC est étonné de cela. Il comprend qu'il n'y a donc aucune prescription fédérale qui impose cela.

M. Guinchar d lui répond qu'il y a les deux dispositions de la LAMal qu'il a mentionnées auparavant et ajoute que la majorité des renseignements sur les

coûts directs et indirects engendrés par les médecins sont fournis aux assureurs au franc près et sont transmis systématiquement à l'OFS.

Le président se demande si M. Guinchard voudrait proposer une autre rédaction de l'article mentionné précédemment, dans un délai pas trop long, ou alors s'il souhaitait simplement relever cet élément.

M. Guinchard lui répond qu'il voulait simplement relever ces éléments mais qu'il n'a pas de formulation à proposer.

Le président remercie M. Guinchard et le raccompagne.

Le président souligne qu'il mettra l'entrée en matière de ce PL 12024 à l'ordre du jour d'une séance prochaine.

### Séance du 9 mars 2018

Le président rappelle que l'on en est au débat d'entrée en matière.

Un commissaire PDC propose de voter l'entrée en matière.

M. Bron rappelle qu'il s'agit d'une modification de la loi sur la santé qui a deux aspects : l'un sur l'adaptation du droit cantonal à la nouvelle loi sur les épidémies, y compris l'obligation d'avoir des médecins répondants dans des domaines où il n'y en a pas aujourd'hui comme les écoles privées ; l'autre sur tout ce qui concerne la planification, avec des clarifications des notions de planification en conformité avec l'évolution du droit fédéral, notamment le nouveau financement hospitalier de 2012 pour être un peu plus lisible par rapport à ce qu'ils offrent comme planification sanitaire.

Le président souligne que Genève-Cliniques a fait parvenir un courrier à la commission et qu'il propose un amendement pour l'article 30 al. 2 : il conviendrait d'ajouter « **A cet effet, elle établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestations de soins publics et privés.** »

Le président soumet au vote le PL 12024 :

#### **Entrée en matière :**

Pour : 12 (1 EAG ; 3 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 3 MCG)

Contre : -

Abstentions : 1 (1 Ve)

***L'entrée en matière est acceptée.***

Un commissaire MCG désirerait juste savoir si la vaccination est obligatoire en Suisse.

M. Bron lui confirme que ce n'est pas obligatoire.

Un commissaire MCG se demande donc si, à l'art. 21A, le contrôle mentionné va changer quelque chose par rapport à cette obligation.

M. Poggia ajoute que le fait de contrôler permet avant tout d'informer les parents pour que tout soit fait en connaissance de cause.

M. Bron souligne que tout est fait pour encourager les parents à vacciner leurs enfants.

Une commissaire PLR imagine que le fait que la question du contrôle vaccinal soit située dans l'art. 21A, et pas dans le cadre des établissements scolaires, signifie que cela s'applique à tous les enfants du canton et pas seulement à ceux qui sont scolarisés en école publique.

M. Bron lui répond par l'affirmative.

M<sup>me</sup> Etienne ajoute que l'alinéa 4 de l'art. 21 stipule que l'Etat peut déclarer des vaccinations obligatoires pour des groupes à risque, mais elle souligne qu'en pratique, l'on ne peut pas utiliser la contrainte pour obliger quelqu'un à être vacciné ou un parent à vacciner son enfant. Elle explique que, le cas échéant, le médecin cantonal prendra d'autres mesures, par exemple que les parents gardent leur enfant chez eux s'il a la rougeole.

**Titre et préambule : pas d'opposition, adopté**

**Art. 1 Modifications : pas d'opposition, adopté**

**Considéranants (nouveaux) : pas d'opposition, adopté**

**Art. 6, al. 4 (nouvelle teneur) : pas d'opposition, adopté**

**Art. 21, al. 2 et 3 (nouvelle teneur), al. 4 (nouveau) (vote sur le titre) :**

Pour : 12 (1 EAG ; 3 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 3 MCG)

Contre : 1 (1 Ve)

Abstentions : -

**Art. 21, al. 2 : pas d'opposition, adopté**

**Art. 21, al. 3 :**

Pour : 12 (1 EAG ; 3 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 3 MCG)

Contre : 1 (1 Ve)

Abstentions : -

**Art. 21, al. 4 :**

Pour : 12 (1 EAG ; 3 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 3 MCG)

Contre : 1 (1 Ve)

Abstentions : -

**Art. 21 (dans son ensemble) :**

Pour : 12 (1 EAG ; 3 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 3 MCG)

Contre : 1 (1 Ve)

Abstentions : -

Une commissaire PLR désire s'assurer que cela concerne quand même les enfants qui sont scolarisés dans le privé, car l'on stipule « en collaboration avec le département chargé de l'instruction publique ».

M. Bron lui répond par l'affirmative.

Un commissaire socialiste relève qu'auparavant, il y avait une infirmière qui allait dans les écoles privées, mais que ce n'est plus le cas actuellement car il n'y a plus les ressources pour cela aujourd'hui ; il se demande donc qui se charge de ce contrôle.

M. Bron explique que ce contrôle est déjà fait de façon préscolaire par la DGS et suivi ensuite par la SSEJ. Il ajoute qu'il y a aussi un suivi par les pédiatres et que cette nouvelle loi met justement un médecin répondant dans les écoles privées, lequel peut être le cas échéant la personne de contact pour améliorer la surveillance de cet état de vaccination dans les établissements privés.

Un commissaire socialiste comprend donc que le DIP travaille en collaboration, mais que parfois, c'est directement la DGS qui devient responsable de cette vaccination dans les écoles privées.

M. Bron souligne que ce n'est pas par ce biais-là que l'on a une extension du travail du SSEJ auprès de toutes les écoles privées. Il ajoute que la plupart des établissements privés ont aussi des infirmières scolaires, mais que cette loi permet en outre à la DGS de prendre contact avec ces établissements.

Une commissaire PLR ne voit pas sur quelle base la DGS peut avoir des contacts avec ces personnes. Par ailleurs, elle se demande s'ils ont consulté la direction des écoles privées sur cette question.

M. Bron indique qu'il y a a priori eu des contacts entre le médecin cantonal, le DIP et les établissements privés, mais qu'il ne peut néanmoins pas l'affirmer avec certitude. Il ajoute qu'il ne comprend néanmoins pas où se situe l'interrogation qui demeure car, pour eux, typiquement dans le cas de la

rougeole, il est important de savoir qui sont les enfants qui sont vaccinés ou pas et que, pour cela, ils ont besoin d'une porte d'entrée. Il souligne que le médecin répondant sera justement la porte d'entrée pour ce genre de contrôle. Il relève que cela permettra en outre d'avoir une personne qui soit responsabilisée pour faire appliquer les mesures qui seront prises par le médecin cantonal.

M. Poggia souligne que la vaccination fait partie des préventions, qu'il y a ensuite le contrôle du statut vaccinal et l'article 21B qui parle justement des voies par lesquelles se fait cette prévention, à savoir par les médecins répondants.

Un commissaire socialiste comprend que c'est la première fois qu'il y aura l'obligation d'avoir un médecin-répondant pour les écoles privées.

M. Bron lui répond par l'affirmative.

### **Art. 21A Contrôle du statut vaccinal (nouveau) : *pas d'opposition, adopté***

Une commissaire PLR relève que l'on est donc en train d'imposer un médecin-répondant dans les écoles privées et elle désirerait savoir comment les écoles privées ont été contactées sur cette question.

M. Poggia souligne qu'ils répondront la prochaine fois à cela car c'est le médecin cantonal qui a pris les contacts.

M. Bron ajoute que ce ne sont pas seulement les écoles privées qui sont concernées, mais aussi les établissements préscolaires et les lieux de détention.

Le président souligne qu'il n'y a pas beaucoup de marge de manœuvre car il y a une obligation fédérale (LEP : art. 19, al. 2, lettre c et d ; art. 20, al. 2 et 3 ; art. 21).

M<sup>me</sup> Etienne lit le contenu de ces articles.

Un commissaire MCG se demande si l'Université fait partie des établissements scolaires ; par ailleurs il se demande ce que l'on considère comme « une structure d'accueil pour requérants ».

M. Bron souligne qu'à l'Université, il s'agit de personnes majeures et qu'elles sortent donc du champ de la loi. Concernant les requérants d'asile, il relève qu'il y a des services médicaux qui sont assurés pour l'accueil des nouveaux migrants et des requérants, mais qu'il n'y a actuellement pas de médecins répondants à proprement parler.

Un commissaire MCG se demande en outre si les requérants majeurs sont concernés par la loi.

M. Bron explique qu'avec ce projet, l'on propose que l'Etat ait une responsabilité médicale accrue vis-à-vis de la santé des requérants d'asile. Il explique que, s'ils doivent mener des campagnes de vaccination face à une épidémie, ils ont besoin de gens qui soient responsabilisés.

Un commissaire PLR relève que les structures d'accueil préscolaires sont souvent de petites structures et il se demande si elles auront vraiment les moyens d'avoir chacune un médecin répondant.

M. Bron explique qu'il ne s'agirait pas d'un salaire à plein temps mais de faire en sorte qu'il y ait au moins un accord avec un médecin à qui l'on peut faire appel en cas de besoin. Il souligne qu'actuellement, personne n'est responsable de cela et que c'est embêtant.

M. Poggia relève qu'il y a une obligation fédérale pour l'ensemble des écoles et donc que ce sont les cantons qui sont l'autorité d'application ; il relève qu'ils doivent donc pouvoir intervenir le cas échéant dans les écoles pour s'assurer que l'information est bien donnée, raison pour laquelle ils ont décidé d'exiger des écoles privées qu'elles aient un représentant médical.

Un commissaire PLR considère que cette obligation fédérale ne mentionne pas de médecin répondant.

M. Poggia lui répond qu'ils ont l'obligation, en tant qu'autorité sanitaire, de s'assurer que cette obligation est respectée et qu'ils ne peuvent pas le faire autrement qu'en ayant un interlocuteur valable dans les écoles privées.

Un commissaire PLR se demande si une infirmière de santé publique n'aurait pas été suffisante.

M. Poggia estime qu'une école privée peut quand même assumer le coût engendré par un médecin répondant, sans qu'il soit néanmoins un salarié de l'entreprise.

Un commissaire PLR indique que cela pourrait être problématique pour les crèches, les garderies, etc.

M. Poggia souligne qu'il n'est pas demandé que le médecin répondant soit seulement le répondant d'un seul établissement.

Un commissaire socialiste désire souligner que c'est, à sa connaissance, encore le SSEJ qui chapeaute l'ensemble des structures d'accueil préscolaires et que c'est bien ce service qui assume la responsabilité dans ces petites structures.

M. Poggia propose que l'on vérifie ces éléments pour la semaine prochaine avant de voter l'article 21B.

Un commissaire socialiste observe par ailleurs que le médecin répondant doit quand même avoir une formation car il relève que la médecine scolaire est

quelque chose de tout à fait spécifique et par ailleurs une spécialité intéressante. Il ajoute qu'être médecin scolaire signifie se tenir au courant de toutes les avancées de la médecine scolaire et que les pédiatres sont sans doute les mieux outillés pour faire cela. Il estime que c'est une tâche de l'Etat et il estime que l'on doit voter les postes suffisants qui permettent à ce service de se charger correctement de l'ensemble des enfants. Il souligne que, ces dernières années, les gens se sont crevés à la tâche et il considère que l'on doit donc voter les postes suffisants pour donner les moyens à ce service de travailler correctement.

Une commissaire PLR indique qu'elle est minorisée dans son parti à ce niveau, qu'elle rejoint totalement le commissaire socialiste sur ce point et ajoute qu'en termes d'éducation sexuelle et de prévention, l'on n'a pas deux niveaux d'enfants dans notre canton. Elle souligne qu'à un moment, tous ces enfants vont se retrouver ensemble et que le danger est le même pour tout le monde. Elle ajoute qu'il s'agit d'un sujet auquel elle est extrêmement sensible.

M. Bron ne pense pas que les petites structures dans les communes bénéficient toutes d'une action très présente de la SSEJ, mais il ajoute que rien n'empêche que les membres du personnel de la SSEJ soient les médecins répondants pour ces structures.

### **Séance du 16 mars 2018**

Le Président indique que ce PL traite premièrement de la conformité à la loi fédérale sur les épidémies (LEp) et deuxièmement d'un représentant médical pour les établissements scolaires.

M. Poggia entend donner quelques informations sur ce PL et dit que M. Bron va pouvoir répondre à la question de savoir s'il y a eu concertation avec les écoles privées.

M. Bron annonce qu'une consultation a été menée en bonne et due forme avec l'association genevoise des écoles privées (AGEP). Il indique que des réunions ont eu lieu pour présenter formellement et oralement le projet, qui n'a suscité aucune désapprobation de la part des écoles privées, qui pour la plupart disposent déjà d'un médecin répondant.

M. Poggia rappelle la question de savoir si chaque institution de la petite enfance devait disposer d'un médecin répondant.

M. Bron expose que le médecin du SSEJ intervient dans la mesure de ces moyens et pas de façon absolue. Il dit que ce PL formalise les choses et permet d'instituer un médecin en charge de faire appliquer la loi et d'informer des risques encourus en cas d'épidémie.

Le Président remercie pour les précisions apportées par le département et propose d'interrompre les travaux à ce stade afin d'éviter de les débiter sans les terminer.

Un commissaire MCG demande à quel titre il serait possible d'obliger la vaccination en cas d'épidémie.

M. Bron répond que le droit fédéral ne prévoit pas une telle obligation.

M<sup>me</sup> Etienne indique qu'il est possible de déclarer obligatoire la vaccination mais pas de contraindre les parents à vacciner leurs enfants. Elle ajoute que d'autres mesures peuvent être adoptées, comme l'obligation de garder les enfants à la maison.

Un commissaire MCG prend note du fait qu'aucune disposition fédérale ne peut imposer la vaccination.

M. Bron expose que dans le cas de la rougeole, une exclusion temporaire de la classe peut être prise.

Une commissaire MCG croit savoir qu'en France, si les enfants ne sont pas vaccinés ils n'ont pas droit à l'école tout court. Elle demande si cette disposition serait contraire au droit fédéral.

M. Bron répond par l'affirmative, indiquant que la LEp ne permet pas cela.

M. Poggia estime que c'est une question de proportionnalité : le droit de l'accès à la formation est garanti. Il faudrait donc que l'enfant en question soit porteur d'une maladie contagieuse et qu'il voudrait malgré tout aller à l'école pour lui interdire à des fins de santé publique de venir à l'école. Il indique que le simple fait de ne pas vouloir se vacciner n'est pas un motif suffisant. Il ajoute que cette question pose un problème de société plus large alors que certaines maladies contagieuses comme la poliomyélite avaient des conséquences graves par le passé. Il expose que même si le vaccin a permis l'amélioration de la situation sanitaire, il y a des mouvements forts contre la vaccination, créant une opposition entre la liberté personnelle et la conscience collective à l'égard des autres. Il souligne la nécessité de mener un travail didactique et de prévention pour mettre en avant les bienfaits de la vaccination.

Une commissaire MCG dit que les métaux lourds présents dans certains vaccins sont la source de critiques.

Une commissaire des Verts entend bien qu'il faille rappeler les bienfaits de la vaccination, mais elle pense que si les pouvoirs sanitaires n'étaient pas si prompts à acheter de grandes quantités de vaccins, peut-être que les entreprises pharmaceutiques mettraient moins d'adjuvants dangereux.

**Séance du 13 avril 2018**

Le président rappelle que l'on en est resté, le 9 mars, à l'art. 21A. Il procède à la suite du vote de ce PL :

**Art. 21B Prévention dans les structures d'accueil préscolaire, les établissements scolaires, les structures de détention et les structures d'accueil pour les requérants d'asile (nouveau) :**

Pour : 13 (1 EAG ; 3 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 1 UDC ; 3 MCG)

Contre : -

Abstentions : 2 (1 Ve ; 1 UDC)

**Art. 28 (nouvelle teneur) : *pas d'opposition, adopté*****Art. 30, alinéa 1 : *pas d'opposition, adopté***

Le président lit l'amendement de Genève-Cliniques pour l'art. 30, al. 2 et demande si quelqu'un reprend cet amendement.

Un commissaire PDC reprend cet amendement.

Le président soumet au vote l'amendement de Genève-Cliniques, pour l'art. 30, al. 2 :

*<sup>2</sup> La planification des soins a pour but de maintenir ou d'améliorer l'accès de la population à des soins les plus efficaces possible. A cet effet, elle établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestations de soins publics et privés.*

Pour : 7 (1 PDC ; 4 PLR ; 2 UDC)

Contre : 5 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve)

Abstentions : 3 (3 MCG)

*L'amendement est adopté.*

**Art. 30 Planification des soins (nouvelle teneur, avec modification de la note) dans son ensemble tel qu'amendé :**

Pour : 7 (1 PDC ; 4 PLR ; 2 UDC)

Contre : 1 (1 EAG)

Abstentions : 7 (3 S ; 1 Ve ; 3 MCG)

**Art. 31 (nouvelle teneur) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 33, al. 1 (nouvelle teneur) :**

Pour : 11 (2 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 1 UDC ; 3 MCG)

Contre : -

Abstentions : 4 (1 EAG ; 1 S ; 1 Ve ; 1 UDC)

**Art. 70, al. 3 (nouvelle teneur) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 121 (nouvelle teneur) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 122 (nouvelle teneur) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 126, al. 3 (nouveau, l'al. 3 ancien devenant l'al. 4), al. 4 (nouvelle teneur) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 133 (nouvelle teneur) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 133B Frais de mesures (nouveau) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 136, lettre f (nouvelle) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 1 Modifications (dans son ensemble) : *pas d'opposition, adopté***

**Art. 2 Entrée en vigueur : *pas d'opposition, adopté***

Le président soumet au vote le PL 12024 dans son ensemble :

Pour : 11 (3 S ; 1 PDC ; 4 PLR ; 3 MCG)

Contre : 1 (1 UDC)

Abstentions : 3 (1 EAG ; 1 Ve ; 1 UDC)

Mesdames, Messieurs, les députés, au nom de la majorité, vous êtes invités à soutenir ce projet de loi tel que sorti de commission.

*La catégorie II (30') est préavisée.*

## **Projet de loi (12124-A)**

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

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

#### **Art. 1      Modifications**

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

#### **Considérants (nouveaux)**

vu les articles 117a à 119a de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999;  
vu la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme, du 28 septembre 2012 (ci-après : loi fédérale sur les épidémies), et ses ordonnances d'exécution;  
vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994;  
vu la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, du 8 octobre 2004;  
vu la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain, du 30 septembre 2011;  
vu la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006;  
vu la loi fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels, du 9 octobre 1992;  
vu les articles 171 à 175 de la constitution de la République et canton de Genève, du 12 octobre 2012,

#### **Art. 6, al. 4 (nouvelle teneur)**

<sup>4</sup> Le département dispose à cet effet de la direction générale de la santé, comprenant le médecin, le pharmacien, le chimiste et le vétérinaire cantonal.

#### **Art. 21, al. 2 et 3 (nouvelle teneur), al. 4 (nouveau)**

<sup>2</sup> L'Etat prend les mesures nécessaires pour détecter, surveiller, prévenir et combattre les maladies transmissibles, y compris les zoonoses, en application de la loi fédérale sur les épidémies.

<sup>3</sup> Il encourage leur prévention, notamment par des campagnes de vaccination.

<sup>4</sup> Il peut déclarer obligatoires des vaccinations pour des groupes à risque.

**Art. 21A Contrôle du statut vaccinal (nouveau)**

<sup>1</sup> Le département contrôle régulièrement le statut vaccinal des enfants et des adolescents avant et pendant la scolarité obligatoire, et ce en collaboration avec le département chargé de l'instruction publique, conformément à la loi fédérale sur les épidémies.

<sup>2</sup> Ces départements tiennent à jour une base de données de vaccinations des enfants et des adolescents.

<sup>3</sup> Les données sont utilisées pour le contrôle des épidémies et le monitoring de la couverture vaccinale.

**Art. 21B Prévention dans les structures d'accueil préscolaire, les établissements scolaires, les structures de détention et les structures d'accueil pour les requérants d'asile (nouveau)**

<sup>1</sup> Chaque structure d'accueil préscolaire, établissement scolaire public ou privé, structure de détention et structure d'accueil pour les requérants d'asile doit disposer d'un médecin répondant.

<sup>2</sup> Le médecin répondant doit être au bénéfice d'un droit de pratiquer et posséder une formation ou une expérience équivalente adaptée aux bénéficiaires.

<sup>3</sup> Le médecin répondant est chargé d'appliquer au sein desdits établissements les mesures de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des épidémies, au sens de la loi fédérale sur les épidémies.

**Art. 28 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> En tenant compte, notamment, de l'évolution démographique, la planification sanitaire cantonale a pour but de déterminer les besoins en santé et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus efficiente possible.

<sup>2</sup> La planification sanitaire comprend le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que la planification des soins.

<sup>3</sup> Le Conseil d'Etat procède tous les 4 ans à l'évaluation et à la mise à jour de la planification sanitaire. Sur cette base, il présente au Grand Conseil un rapport de planification des soins et un rapport des activités de promotion de la santé et de prévention. Le Grand Conseil se prononce sur ces deux rapports dans les 6 mois sous forme de résolution.

<sup>4</sup> La réalisation, l'exécution et le financement de la planification sanitaire sont fixés dans des dispositions légales spécifiques.

**Art. 30 Planification des soins (nouvelle teneur, avec modification de la note)**

<sup>1</sup> La planification des soins comprend l'estimation des besoins en soins et de leur évolution, ainsi que l'élaboration de stratégies de réponse à ces besoins.

<sup>2</sup> La planification des soins a pour but de maintenir ou d'améliorer l'accès de la population à des soins les plus efficaces possible. A cet effet, elle établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestations de soins publics et privés.

<sup>3</sup> La planification des soins stationnaires est nécessaire à l'établissement des listes cantonales d'établissements sanitaires, des mandats de prestations de chaque établissement et des collaborations intercantionales et régionales, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994.

<sup>4</sup> La planification des autres types de soins permet d'avoir une vue d'ensemble des besoins en soins et de tenir compte des interactions entre types de soins. Elle fournit le cadre nécessaire à la contractualisation avec les institutions sanitaires concernées.

**Art. 31 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat règle, conformément aux normes reconnues en la matière, l'établissement, l'analyse et la publication des données et statistiques nécessaires à l'élaboration et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale.

<sup>2</sup> Les professionnels et les institutions de santé sont tenus de fournir les données et statistiques nécessaires à l'élaboration et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, pour autant que ces informations ne soient pas déjà disponibles auprès d'autres organismes publics.

<sup>3</sup> En cas de non-respect de l'obligation prévue à l'alinéa 2, la direction générale de la santé peut prononcer une amende n'excédant pas 5 000 F.

**Art. 33, al. 1 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat prévoit au budget les ressources nécessaires pour élaborer, subventionner, évaluer et contrôler le plan cantonal et les actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention qui en découlent ainsi que pour couvrir les coûts inhérents à l'application de la loi fédérale sur les épidémies.

**Art. 70, al. 3 (nouvelle teneur)**

<sup>3</sup> Si l'intérêt de la santé publique l'exige, le médecin cantonal peut ordonner une autopsie, même si la personne décédée s'y est opposée de son vivant ou contre la volonté de ses proches, selon la législation fédérale.

**Art. 121 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> La direction générale de la santé, soit pour elle le médecin cantonal, le vétérinaire cantonal ou le chimiste cantonal, exécute les tâches de lutte contre les maladies transmissibles et les zoonoses prévues par la loi fédérale sur les épidémies et la loi fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels, du 9 octobre 1992.

<sup>2</sup> Elle a notamment les attributions suivantes :

a) ordonner en particulier :

1° les enquêtes épidémiologiques

2° la surveillance médicale, le traitement, la quarantaine, l'isolement, le transfert des malades dans une institution de santé

3° les mesures nécessaires pour empêcher la propagation de maladies transmissibles dans la population ou des groupes de personnes;

b) participer à l'exploitation du réseau de laboratoires régionaux en collaboration avec les départements concernés.

<sup>3</sup> En cas de menace d'apparition d'organismes pouvant transmettre des agents pathogènes à l'être humain, les autorités cantonales compétentes se coordonnent pour lutter contre ces organismes ou prévenir leur apparition.

<sup>4</sup> Les autorités compétentes s'assurent que les médecins ou les institutions de santé prennent toutes les mesures en leur pouvoir pour prévenir la transmission des maladies transmissibles, notamment par des enquêtes d'entourage.

<sup>5</sup> Le vétérinaire cantonal exécute les tâches de lutte contre les zoonoses et annonce au médecin cantonal et au chimiste cantonal les risques de zoonoses, selon la législation fédérale.

**Art. 122 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Les professionnels de la santé, ainsi que les institutions de santé et les autorités compétentes, soumis par la loi fédérale sur les épidémies à l'obligation de déclarer les maladies transmissibles doivent, dans les délais, faire les déclarations prévues au médecin cantonal.

<sup>2</sup> Les organes chargés de la surveillance et de la lutte contre les épizooties et les zoonoses doivent faire les déclarations prévues au vétérinaire cantonal.

<sup>3</sup> Les données personnelles des individus collectées dans le cadre des enquêtes épidémiologiques et des déclarations obligatoires sont traitées conformément à la loi fédérale sur les épidémies.

**Art. 126, al. 3 (nouveau, l'al. 3 ancien devenant l'al. 4), al. 4 (nouvelle teneur)**

<sup>3</sup> Dans les cas où les conditions de l'article 30 de la loi fédérale sur les épidémies sont réunies, le médecin cantonal peut requérir la force publique pour l'exécution des mesures relatives à la surveillance médicale, à la quarantaine, à l'isolement ou à l'examen médical des personnes pouvant propager une maladie transmissible.

<sup>4</sup> Les coûts de ces mesures sont à la charge des personnes responsables. La loi fédérale sur les épidémies est réservée.

**Art. 133 (nouvelle teneur)**

Les décisions définitives infligeant une amende administrative en application de la présente loi et celles mettant à la charge des intéressés les frais de travaux d'office ou des émoluments sont assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889.

**Art. 133B Frais de mesures (nouveau)**

<sup>1</sup> Les coûts liés aux expertises ordonnées par le département sont pris en charge par l'Etat.

<sup>2</sup> Les frais engendrés par les désinfections et les désinfestations, en particulier des moyens de transport et des marchandises, sont à la charge des propriétaires.

**Art. 136, lettre f (nouvelle)**

Sont abrogées :

- f) la loi d'application de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies), du 14 décembre 1978.

**Art. 2      Entrée en vigueur**

La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la Feuille d'avis officielle.

*Date de dépôt : 8 mai 2018*

## RAPPORT DE LA MINORITÉ

### Rapport de M. Marc Falquet

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La minorité de la commission de la santé s'accorde tout à fait pour que, comme le stipule *l'article 21 al. 2 et 3*, l'Etat prenne toutes les mesures nécessaires afin de détecter, surveiller, prévenir et combattre les maladies, y compris les maladies transmissibles, les zoonoses, en application de la loi fédérale sur les épidémies.

Cependant, alors que tout bouge rapidement dans le monde, les solutions proposées par le Conseil d'Etat figent dans la loi des éléments dépassés qui peuvent devenir des freins à des dispositions plus adéquates. En effet, selon le Conseil d'Etat, la réponse préventive principale en matière d'épidémies se limite à des campagnes de vaccination.

*L'article 21 al. 3* stipule que l'Etat encourage leur prévention (maladies transmissibles), notamment par des campagnes de vaccination.

Pire, selon *l'article 23 alinéa 4*, l'Etat peut déclarer obligatoires des vaccinations pour des groupes à risque.

Sous des aspects anodins, *les alinéas 3 et 4* peuvent s'avérer dangereux pour la santé publique. Par ailleurs, qui va définir « *les groupes à risque* » ? Qui va définir les meilleures mesures pour les protéger ? *Cet article 23, chiffre 4*, risque de nous faire tomber dans l'arbitraire et la partialité. L'obligation de vacciner, même pour « *des groupes à risque* », ne tient aucunement compte des réels besoins de chaque individu dont les défenses immunitaires sont distinctes de l'un à l'autre. Une vaccination de masse peut déclencher une catastrophe sanitaire plutôt que de renforcer la protection de la population.

*L'article 21A Contrôle du statut vaccinal (nouveau)* est une disposition qui, sous des aspects de données statistiques, vise à conditionner la population, par la peur, en insinuant que les vaccins sont une garantie pour la santé des enfants et des adolescents. Cette disposition permettrait sans doute de mettre la

pression sur les parents qui souhaitent rester libres vis-à-vis du dogme vaccinal. Aujourd'hui, des études prouvent que les enfants non vaccinés sont en meilleure santé que les enfants vaccinés.

**Pour la docteure américaine D<sup>r</sup> Suzanne Humphries** : « La politique vaccinale des enfants est criminelle » :

*<http://initiativecitoyenne.be/2015/08/dr-suzanne-humphries-la-politique-vaccinale-des-enfants-est-criminelle.html>*

**Pour la biophysicienne américaine Stephanie Seneff**, il y a un potentiel de relation entre les vaccins et l'autisme :

*<https://www.youtube.com/watch?v=o3P6wVUH0pc>*

A l'heure de la médecine personnalisée, indispensable pour obtenir des résultats thérapeutiques dans le sens d'une guérison durable du corps et de l'esprit, les vaccins sont toujours plus controversés, car ils n'offrent absolument rien de personnalisé et ne peuvent de ce fait pas atteindre leur cible comme ils le prétendent.

De plus, la composition des vaccins ne peut que sérieusement nous questionner sur l'action qu'ils produisent dans l'organisme, au vu des divers produits chimiques qu'ils contiennent et autres produits suspects issus des laboratoires.

Aujourd'hui, les médecins sont accaparés par de nombreuses obligations, et n'ont que peu de disponibilité pour pratiquer leur art. Ce sont les assurances et les industries chimiques qui contrôlent les prestations selon leurs propres principes et non plus selon les besoins spécifiques des patients et les appréciations de leurs médecins.

Le principe même de la vaccination est toujours plus décrié dans le monde. Les campagnes de vaccination sont fortement suspectées d'être des stratégies commerciales de laboratoires et des gouvernements plutôt que des actions désintéressées visant le bien des populations qui ont des besoins bien plus prioritaires. Depuis plusieurs décennies, de par le monde, d'innombrables médecins, spécialistes, pharmaciens, vétérinaires, biologistes, scientifiques, journalistes, militants, parents, victimes, dénoncent le principe de la vaccination et ses conséquences néfastes sur la santé.

### **Problème des épidémies :**

Il y a divers moyens de parer aux épidémies. La vaccination est un moyen facile à organiser donc séduisant pour le gouvernement mais à résultats limités, d'une part parce qu'on lui octroie trop d'importance, en argent, en temps, en idéologie, mais aussi parce que les vaccins eux-mêmes sont des produits

injectés de force dans l'organisme, dont la composition n'est pas du tout naturelle et qui peut révéler des failles immunologiques de l'individu, latentes jusque-là, occasionnant des maladies qui peuvent être graves.

Bien que les actions de préventions en matière de santé soient indispensables, on ne peut pas imposer une mesure de prévention aussi controversée que la vaccination. Le contrôle du statut vaccinal donne bonne conscience à la population qui ne se prend alors pas assez en main pour gérer sa santé et son environnement.

De nos jours, nous trouvons des quantités d'informations et de documentations sur la controverse des vaccins.

**Le Dr Louis De Brouwer**, médecin, biologiste moléculaire français. Il est l'auteur de nombreux ouvrages sur la santé dont : « **Vaccination, erreur médicale du siècle** ».

**La D<sup>resse</sup> Françoise Berthoud**, médecin, diplômée de l'Université de Genève, a exercé comme pédiatre homéopathe, proposant une médecine visant à soutenir l'immunité de l'enfant par des moyens naturels et laissant une grande place au dialogue avec les parents. Aujourd'hui à la retraite, elle est membre de plusieurs groupes de réflexion sur les vaccins. Françoise Berthoud est l'auteur de plusieurs ouvrages dont « **La santé des enfants non vaccinés : Au-delà de la polémique** » et « **Qui aime bien vaccine peu** ». « **Vivre sans vaccins : Témoignages de familles d'enfants non vaccinés** », traduit en français par Françoise Berthoud :

[https://www.psiram.com/fr/index.php/Fran%C3%A7oise\\_Berthoud](https://www.psiram.com/fr/index.php/Fran%C3%A7oise_Berthoud)

De nombreuses études dans divers pays, démontrent que les enfants non vaccinés sont en meilleure santé que les enfants vaccinés :

<https://reseauinternational.net/etudes-sur-la-sante-des-enfants-vaccines-et-non-vaccines/>

L'écrivaine et journaliste **Sylvie Simon** a écrit plusieurs ouvrages sur la santé et les vaccins : « **Les Vaccins - Ce qu'on nous cache sur leurs effets indésirables** », « **10 mensonges sur les vaccins** », « **Vaccins : mensonges et propagande** », « **Autisme et vaccination – Responsable mais non coupable** », « **Vaccination : l'Overdose – Désinformation – Scandale financier – Imposture scientifique** ».

**Le pharmacien français Michel Rader**, dénonce les dangers de la vaccination :

<https://www.youtube.com/watch?v=hAYb8uUgJyA>

**Stéphano Montanari** et ses collègues, auteurs de l'ouvrage « **Vaccins – Oui ou Non ?** » versent aux débats les résultats de leurs recherches au sein de

leur laboratoire de nanodiagnosics. **Grâce à une technologie spécifique de microscopie électronique, ils prouvent la présence de nanoparticules de métaux toxiques dans les vaccins, dont on se demande bien ce qui peut la justifier.** Quelles en sont les conséquences pour le corps humain ? Face au nombre d'affaires judiciaires et à la suspicion générale qui augmentent, il y a un devoir particulier de méfiance à adopter. A l'écart des passions entre pro et anti-vaccination, ce livre incisif, écrit comme une enquête, ose analyser la situation en profondeur, y compris le rôle et les pratiques de l'industrie et des organismes de contrôle, afin de nous permettre de prendre les décisions qui nous concernent. En effet, c'est notre santé et celle de nos enfants qui est en jeu. A lire d'urgence pour comprendre ce que sont et impliquent la vaccination et les vaccins.

**Michel Dogna est ancien ingénieur chimiste, Heilpraktiker de l'Université de Saarbrück et naturothérapeute.** Il a enseigné pendant 10 ans la naturopathie holistique au sein de l'institut ISSA, qu'il avait fondé en 1984. Il a écrit de nombreux ouvrages sur les médecines douces, avec la participation de la journaliste Anne-Françoise L'Hôte. En octobre 2017 est sorti leur dernier ouvrage : **« Le Crime Vaccinal », un pavé dans la mare des omertás et du dogme vaccinal.**

**La D<sup>resse</sup> américaine Tetyana Obukhanich, titulaire d'un doctorat (Ph.D.) en immunologie de Harvard,** explique comment les vaccins compromettent l'immunité naturelle :

*[https://www.youtube.com/results?search\\_query=Dr+Tetyana+Obukhanych%2C+Ph.D.+Natural+Immunity+and+Vac](https://www.youtube.com/results?search_query=Dr+Tetyana+Obukhanych%2C+Ph.D.+Natural+Immunity+and+Vac)*

**La D<sup>resse</sup> Obukhanich** démontre qu'une personne qui n'a pas été vaccinée avec le VPI, DTCa, Hépatite B et Hib pour des raisons de conscience, ne pose pas plus de dangers pour le public qu'une personne qui est vaccinée. Aucune discrimination n'est justifiée.

La D<sup>resse</sup> Obukhanich apporte des solutions alternatives pour dynamiser l'immunité. Elle a écrit en 2018 : **« Les vaccins sont-ils une illusion ? : La vaccination compromet le système immunitaire – Que faire pour recouvrir la santé ? »**

**D<sup>r</sup> Lawrence Palevsky, pédiatre renommé aux USA,** met en garde les parents sur les vaccins :

*<https://www.youtube.com/watch?v=tyEDdVy8Cqs>*

**Le professeur de biologie Michel Georget** est ancien président de la Ligue nationale française pour la liberté des vaccinations. Il est l'auteur des livres **« Vaccinations, les vérités indésirables »** (2007) et **« L'apport des vaccinations à la santé publique, La réalité derrière le mythe »** (2014).

Michel Georget a dénoncé la responsabilité des vaccins dans le développement des allergies et des maladies auto-immunes :

<https://www.youtube.com/watch?v=wJ2I15stxuE>

**Le Dr Michel De Lorgeril**, médecin, expert indépendant et chercheur au CNRS, explique notamment l'apparition de nouvelles maladies dues à la vaccination de masse. Il dénonce notamment la relation entre l'augmentation des cas d'autisme et les vaccins :

<http://michel.delorgeril.info/ethique-et-transparence/vaccins-et-autisme-les-faits-parfois-simposent>

<https://www.youtube.com/watch?v=ojGISF7R9a0>

**Le Pr Romain Gherardi** est un spécialiste des maladies neuromusculaires. Il est diplômé en neurologie et en pathologie, et professeur des universités. Praticien hospitalier depuis 1990, ce professeur dénonce les effets délétères des métaux lourds présents dans les vaccins :

[https://www.youtube.com/watch?v=qY\\_M\\_yGv8t8](https://www.youtube.com/watch?v=qY_M_yGv8t8)

**Le docteur belge Didier Tarte** combat les campagnes de vaccination. Il dénonce les mensonges des milieux médicaux. Il précise qu'on a constaté une explosion de la variole après des campagnes de vaccination en Inde. Il est intéressant aussi de constater que, lorsque la variole a disparu, le S.I.D.A est apparu !

<https://www.youtube.com/watch?v=dtQNhC-YvR8&t=842s>

**Des professionnels de santé espagnols** viennent de publier une étude sur le vaccin antipneumococcique conjugué 13 valent (PCV13), administré aux personnes âgées pour les protéger contre la pneumonie :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29699550>

L'étude a porté sur une population de plus de deux millions de personnes âgées de plus de 50 ans résidant en Catalogne (Espagne). Les résultats de leur étude ont fait apparaître que, non seulement le vaccin PCV13 ne réduisait pas le risque de pneumonie, **mais qu'il augmentait le risque chez les personnes vaccinées.**

**Effets délétères des vaccins, des exemples à profusion.** La cour régionale des pensions de la Cour d'appel de Montpellier vient de confirmer, dans un arrêt du 7 mars 2018, l'imputabilité juridique de la sclérose en plaques dont souffre Karim Kedaimia au vaccin contre la fièvre jaune :

<https://www.ladepeche.fr/article/2018/03/15/2759881-lien-entre-vaccin-sclerose-plaques-confirme.html>

**Répartition tout à fait inégale dans le temps des décès d'enfants après Infanrix hexa, ce qui constitue un signal de pharmacovigilance** (la majorité de ces décès se concentrant dans les tout premiers jours qui suivent la vaccination) :

<http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/3/27/09/71/2012-2013/confid.pdf>

**Comment fonctionnent les vaccins : aveux accablants du D<sup>r</sup> Saluzzo, expert à l'OMS** et ex-directeur du département des vaccins viraux chez Sanofi Pasteur, un des leaders mondiaux du secteur. Le D<sup>r</sup> Saluzzo expliquait en effet à un auditoire de médecins (dans le cadre d'un cours de vaccinologie : ) qu'ils ne « savent pas comment marchent les vaccins » et que si, à l'avenir, on voulait développer de nouveaux vaccins, il faudrait *d'abord* commencer par étudier le système immunitaire. Difficile, et en réalité même impossible, de conclure sur base de ces aveux que les partisans de la vaccination en savent assez sur toutes les conséquences sanitaires susceptibles de faire suite à une vaccination, en sachant aussi : 1) que les vaccins, contrairement aux médicaments classiques dont on peut encore arrêter la prise, une fois qu'ils sont injectés, n'offrent pas de marche arrière possible ; et 2) qu'ils sont aussi administrés de façon répétée, sous la contrainte, et notamment à de jeunes nourrissons, dès les toutes premières semaines de vie alors que leur système immunitaire n'est pas pleinement mature avant 6 à 7 ans d'âge et qu'on ne peut pas savoir s'ils ont une faille latente dans leurs systèmes immunitaires.

<https://www.youtube.com/watch?v=YQZu6rLDGgU>

Déjà en 2002, le chimiste italien Lorenzo Acerra, avait recensé plus de 1000 études sur les effets délétères des vaccins :

<http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/3/27/09/71/--de-1000-etudes-sur-les-vaccins.pdf>

**L'ingénieur chimiste Michel Dogna affirme que les vaccins sont tous expérimentaux :**

<https://micheldogna.fr/vaccins-tous-experimentaux/>

**Qui connaît la composition réelle des vaccins ? (extrait du livre « Le Crime Vaccinal » de l'ingénieur chimiste Michel Dogna)**

- **De l'hydroxyde d'aluminium** : 650 microgrammes par vaccin alors qu'il est admis que 60 microgrammes par litre de sang est dangereusement toxique pour la cellule nerveuse (Concours Médical, février 1997). Ce sel attaque le cerveau et peut entraîner autisme, chorée, Alzheimer, Creutzfeldt-Jakob.

- **Des sels de mercure** (thiomersal) dont l'extrême dangerosité neurologique a été officialisée par la FDA américaine depuis 1997. Chaque nouveau vaccin cumule les doses d'une façon irréversible.
- **Des virus OGM** (vaccins viraux) obtenus à partir de matériel génétique séquentiel du SV40, précurseur du HIV, et que l'on retrouve dans de nombreux cancers du cerveau et mésothéliomes.
- **Du sérum de veau fœtal** (liquide nutritif) alors que tout extrait d'origine bovine est strictement interdit dans tout médicament depuis 1994.
- **De l'enzyme Tdt**, dangereux mutagène reconnu.
- **Du formaldéhyde** – interdit dans les jouets.... mais autorisé dans les vaccins.
- **Du borate de sodium** (mort aux rats) dans le Gardasil (!!!).
- **Du Squalène MF 59, responsable du syndrome des soldats US de l'Irak.**

Selon Michel Dogna, chaque nouveau vaccin intoxique et fragilise un peu plus nos enfants pour toute une vie et peut-être même leurs descendants.

Michel Dogna affirme que le scandale de l'hépatite B n'est que l'arbre qui cache la forêt. Selon ce thérapeute, il est clair que nous devrions refuser toute vaccination sur nos enfants ainsi que sur nous-mêmes tant que les fabricants de vaccins n'auront pas clarifié leur fabrication.

Enfin, la nouvelle mode des cocktails pentavalents et hexavalents appliqués sur les enfants amène **une véritable déflagration au sein du système immunitaire !**

Selon l'étude KIGGS, **on relève 2% d'effets secondaires GRAVES repérés en relation directe avec des vaccins** – concrètement, cela signifie que quand on vaccine 40 MILLIONS d'individus, **il y a au moins 800 000 effets collatéraux graves...** sans compter le reste !

**Voir également l'étude du docteur belge Jean Pilette, membre de l'European Forum for Vaccine Vigilance. Il a fait une étude sur les constituants des vaccins et dénonce les effets délétères de l'aluminium :**

*[http://www.info-vaccination.be/IMG/pdf/Dr\\_Pilette\\_-constituants\\_vaccins.pdf](http://www.info-vaccination.be/IMG/pdf/Dr_Pilette_-constituants_vaccins.pdf)*

Bien que des milliers d'articles de la presse officielle continuent de blâmer les non-vaccinés pour des épidémies qui peuvent se produire, le présent article fournira un contrepoids nécessaire en montrant que les vaccinés peuvent infecter les non-vaccinés (et le font...) :

*<http://initiativecitoyenne.be/2018/03/comment-les-enfants-vaccines-infectent-les-non-vaccines.html>*

Le principe de la vaccination ne repose sur aucune base scientifique sérieuse. L'immunologie moderne démontre que l'acte vaccinal constitue une atteinte grave à l'intégrité du système immunitaire, faisant, des personnes vaccinées, de véritables réservoirs à virus. De plus, ces virus et bactéries modifiées peuvent muter en germes plus dangereux.

Pour la santé de la population, le législateur devrait être d'une prudence extrême envers la politique vaccinale. La vaccination est un geste qui relève du domaine thérapeutique.

## **Propositions d'amendements**

### **Art. 21, al. 3 (nouvelle teneur)**

<sup>3</sup> Il encourage leur prévention, ~~notamment par des campagnes de vaccination.~~

### **Art. 21, al. 4 (biffé)**

<sup>4</sup> ~~Il peut déclarer obligatoires des vaccinations pour des groupes à risque.~~