

*Date de dépôt : 3 mai 2022*

## **Rapport**

**de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'État modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Pro-pharmacie)**

*Rapport de majorité de M<sup>me</sup> Marjorie de Chastenay (page 1)*

*Rapport de première minorité de M. François Baertschi (page 84)*

*Rapport de seconde minorité de M. Philippe Morel (page 87)*

### **RAPPORT DE LA MAJORITÉ**

#### **Rapport de M<sup>me</sup> Marjorie de Chastonay**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La commission de la santé a étudié ce projet de loi lors des séances, en visioconférence et en présentiel du 5 février, 28 mai, 11 juin, 18 juin, 10 septembre, 22 octobre et 5 novembre 2021 ainsi que durant les séances du 14 janvier, du 21 janvier et du 4 février 2022 sous les présidences de M. Pierre Nicollier et de M<sup>me</sup> Jennifer Conti.

Les procès-verbaux de ces séances ont été tenus avec exactitude par M<sup>mes</sup> Mariama Laura Diallo, Mélissa Hochuli et Carla Hunyadi que je remercie. Ont assisté à tout ou partie des débats : M. Mauro Poggia, Conseiller d'État (DSES), M. Adrien Bron, Directeur général de la DGS (DSES), M<sup>me</sup> Anne Etienne, Directrice du service juridique (DSES), M<sup>me</sup> Nathalie Vernaz, Pharmacienne cantonale (DSES), M. Nicolas Müller, Directeur SNEP (DSES), M<sup>me</sup> Martine Follonier, Pharmacienne cantonale adjointe (DSES) et M<sup>me</sup> Angela Carvalho, secrétaire scientifique de commissions (SGGC).

## Introduction

La commission a organisé ses travaux durant 10 séances de la façon suivante :

- 1) 5 février 2021 : **Demande d’audition de *PharmaGenève*** du 3 février 2021 concernant le PL 12860. (Annexe 1)
- 2) 28 mai 2021 : **Présentation du projet de loi par le département : M. Adrien Bron**, Directeur général de la santé.
- 3) 11 juin 2021 : Suite et fin des **questions au département**.
- 4) 18 juin 2021 : **Audition de M. Michel Matter**, président de l’*AMGe* accompagné de la **Dre France Laurencet**, oncologue.
- 5) 10 septembre 2021 : **Audition de Rémi Lafaix**, président de *PharmaGenève*, de M<sup>me</sup> **Martine Ruggli**, présidente de *PharmaSuisse* et de M. **Stéphane Winteler**, membre du comité de l’*Association genevois des pharmaciens indépendants*. (Annexe 2)
- 6) 22 octobre 2021 : **Audition de M. Jacques Follonier**, pharmacien et ancien député.
- 7) 5 novembre 2021 : **Audition du Prof. Pierre-Yves Dietrich**, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l’*Université de Genève* et médecin-chef du Département d’oncologie aux *HUG*.
- 8) 14 janvier 2022 : **Audition conjointe du Prof Nicolas Mach**, Médecin adjoint responsable d’Unité, Service d’Oncologie – *HUG* et de **M. André-Pascal Sappino**, représentant de *Genève cliniques Association des cliniques privées* de Genève.  
*Annexe 4 : Courrier de la responsable du Programme Patients Partenaires des HUG ne souhaite pas être auditionnée, car cela ne les concerne pas.*
- 9) 21 janvier 2022 : **Audition de M<sup>mes</sup> Joy Demeulemeester et Brigitte Kohler** de la *Fédération suisse des patients, section romande*.  
*Annexe 5 : Courrier de la Ligue suisse contre le cancer. Ce PL ne les concerne pas directement.*
- 10) 4 février 2022 : **Vote et prises de position des partis.**

### 1. Séance du 5 février 2021

#### Correspondance :

Le 3 février 2021, *PharmaGenève* demande une audition concernant le PL 12860.

## 2. Séance du 28 mai 2021 : Présentation du PL 12860 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Pro-pharmacie) par le département

### Discussion interne et proposition d'auditions

#### Information :

La *Fédération suisse des patients, section romande*, demande une audition pour le PL 12860.

### Présentation du département

**M. Bron** : Ce PL est important et l'aboutissement d'un long processus. Ce n'est pas un PL qui dénature l'interdiction de la pro-pharmacie car il reconferme l'interdiction de principe de la pro-pharmacie mais il ouvre une exception encadrée pour ce qui relève de l'oncologie.

**L'oncologie est un domaine qui a beaucoup évolué ces dernières années avec des prises en charge de plus en plus ambulatoires et personnalisées. L'interdiction de la pro-pharmacie est un défi pour la prise en charge de ces patients-là, car il faut qu'il y ait des itérations fréquentes entre le médecin et le patient et une adaptation fréquente des traitements.** Il y a une évolution positive de la qualité de la prise en charge de l'oncologie qui va dans le sens d'une médecine de précision et ambulatoire qui implique un circuit de médicament qui n'est pas traditionnel. Ce sont des commandes et des remises très spécifiques.

Soit on continue à fermer les yeux et à essayer de se convaincre qu'il y a des zones grises, soit on essaie de prendre le taureau par les cornes et **de mettre un cadre explicite et transparent. C'est ce pari qu'on a voulu relever en créant il y a plus de trois ans un groupe de travail entre des médecins et pharmaciens des HUG, des médecins de ville, des pharmaciens d'officine et des représentants de PharmaGenève.** Le fait de ne rien faire et se contenter de dire que tout doit passer dans les officines n'a pas été validé comme pérenne, car la réalité des prises en charge et l'évolution de ces maladies mettent en échec ces circuits-là. Un travail a été fait par ce groupe qui est arrivé à un consensus qui est le PL qui est présenté à la commission. **Ce consensus a d'abord été accepté par le groupe de travail puis il a été refusé par le comité de PharmaGenève.** On ne peut pas dire que c'est consensuel et unanime, mais c'est le fruit d'un travail de ceux qui se sont penchés sur ce sujet de façon partielle et c'est la moins mauvaise des solutions.

**Ce PL répond à une nécessité d'agir, car si on ne fait pas ce cadrage, les choses se feront en dehors de la loi.** La proposition est de prendre acte de la nécessité que les circuits du médicament soient alternatifs par rapport à ce qui est ancré dans la législation à Genève. **Ce compromis ne remet pas en question les principes de base, car il reconferme une interdiction assez formelle la pro-pharmacie en créant une exception pour des médicaments précisément spécifiés à l'al. 2 de l'art. 114.** Cela empêche toute ambiguïté sur l'éventuelle tolérance à avoir sur d'autres groupes de médicament. Ça va conduire à être plus sévère et clair dans ce qui est interdit et il définit une procédure soumise à autorisation, car ça légitime le département à délivrer des autorisations à des médecins bien identifiés dont la pratique peut faire l'objet de contrôles ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. **C'est un projet ambitieux et qui reprecise l'interdiction de la pro-pharmacie.**

**M<sup>me</sup> Vernaz** explique que c'est un article de loi qui remet une pratique dans un contexte. Il va permettre une **surveillance et un contrôle**. Derrière cette loi, il y a un **contrôle des cabinets médicaux** qui n'est aujourd'hui pas effectué. En tant que pharmacienne, il **ne remet pas en cause la qualité du travail que fait le pharmacien dans son officine. C'est une profession universitaire** et qui fait des formations continues tout au long de sa vie. Ça met un **cadre légal** sur une pratique très ancienne qui a toujours plus ou moins existé.

**M<sup>me</sup> Etienne** rappelle que l'art. 114 actuel interdit la pro-pharmacie et réserve la remise de médicaments si le droit fédéral le prévoit. Il s'agit donc d'entériner une brèche qui existe déjà pour certains types de médicaments très précis.

### Questions des député.e.s

**Q (S) :** Il trouve cocasse le fait que ces deux PL se suivent. Sur le premier PL, il y a un problème systémique, mais on ne change pas le système et on renforce l'instance de contrôle des pharmaciens et là, **on affaiblit l'instance de contrôle des pharmaciens en les court-circuitant et en renfonçant la capacité des médecins de prescrire sans le deuxième œil du pharmacien.** La logique d'ensemble qui lui échappe.

Quel est le risque s'il n'y a plus l'instance de contrôle des pharmaciens, que le coût de la santé augmente parce qu'il y a des vendeurs de médicaments qui vont mettre la pression sur des médecins ? Est-ce une menace réelle et quelles ont les cautèles pour l'éviter ? Sur la sécurité des patients, il n'y aura plus le regard professionnel du

**pharmacien qui vérifie et qui a la capacité de discuter avec le médecin ?**  
**R (M. Bron) :** Autant un pharmacien va pouvoir identifier les fausses ordonnances, autant la **plus-value qu'il va pouvoir avoir sur des traitements personnalisés et pointus qui changent rapidement va être nulle. La capacité d'un pharmacien sur ces traitements oncologiques est complètement illusoire.** Leur proposition n'est pas du tout d'avoir des incohérences systémiques, car il faut se rendre compte que **l'évolution de ces traitements** ne permet pas d'avoir une réelle plus-value d'un passage en officine. En ce qui concerne les **coûts de la santé**, c'est toujours la crainte qu'on peut avoir quand le prescripteur peut être bénéficiaire de la marge, mais les médicaments ne seront pas plus chers et il ne croit pas qu'il puisse y avoir des incitatifs supplémentaires. **Ce sont des choses qui doivent être contrôlées. Il y a des tumor boards qui existent partout** et le fait d'avoir un agrément permet d'avoir un œil là-dessus.

**Q (PLR) :** Le réseau romand d'oncologie met en réseau tous les oncologues, des biologistes et des informaticiens. **Le PL ne précise pas que c'est spécifiquement dans ce genre d'organisation particulière qu'on doit fabriquer une substance thérapeutique taillée sur mesure pour une personne.** La loi est en train d'ouvrir une brèche sans vraiment pouvoir dire pourquoi c'est nécessaire et où ça va être utilisé. Est-ce qu'on ne devrait pas formuler les choses autrement afin de développer des thérapies particulières ? Du point de vue de **l'autorisation et de la mise sur le marché**, c'est extrêmement cadré. La législation est forte pour s'assurer que la médication est définie. On a l'impression qu'il y aurait des substances qui pourraient être administrées en échappant à tout contrôle. **Comment mettre toutes ces substances thérapeutiques sous le même chapeau et ne pas créer une échappatoire ?**  
**R (M. Bron) :** On parle justement d'un **groupe thérapeutique très précis**. Ça cible exactement sur les médicaments qui font l'objet d'évolutions particulières. Il ne voit pas comment on pourrait être plus ciblé que ça. Le fait même de dire qu'on se réfère à la liste fédérale indique qu'on ne s'échappe pas de tout ce qui fait l'objet des règles de mise sur le marché.  
**R (M<sup>me</sup> Vernaz) :** Le **marché du médicament oncologique est particulier à plein d'égards.** Le remboursement de l'assurance est limité et la limitation est basée sur des guidelines. La plupart du temps, **un contrôle se fait par le remboursement du médicament, car le patient doit répondre à un certain type de cancer.** Il y a vraiment un contrôle et il n'y a **pas de risque de surcoût financier parce que toutes ces guidelines répondent aux critères que sont l'efficacité, la sécurité et l'économicité.** Il y a tout un travail avec les assurances qui vont valider l'administration du bon médicament à la bonne

personne et dans la bonne temporalité thérapeutique. **On est dans un marché très particulier. Certaines thérapies sont administrées en ambulatoire et il y a très peu de risques que ce ne soit pas approprié.**

**Q (PDC) : Est-il prévu, dans le PL, de contrôler la facturation et les marges possibles sur les médicaments ?** Dans toutes les spécialités, il y a des médicaments de plus en plus pointus et des sommes astronomiques. Par son expérience de terrain, il sait les marges que lui ferait l'industrie s'il était pro-pharmacien. **Il estime qu'ils sont en train d'ouvrir une boîte de Pandore. Les médecins vont tous demander à faire de la pro-pharmacie et c'est un système qui a empoisonné et perturbé le système médical suisse.** **R (M. Bron) :** Tout cela est juste et c'est pour ça **qu'on a des dispositions réglementaires dans lesquelles ces éléments doivent figurer. En créant cette exception pour un groupe thérapeutique très précis, ça la ferme de facto pour tout le reste.** C'est une évolution de la confirmation de l'interdiction de la pro-pharmacie dans tout le reste. Ce PL est une clarification pour une ouverture dans un cas précis et une incitation à être plus strict dans l'interdiction dans les autres domaines.

**Q (EAG) :** Dans l'exposé des motifs, il est indiqué que *PharmaGenève* était opposé à ce PL et qu'une des propositions formulées par *PharmaGenève* n'a pas été retenue par les oncologues. **En quoi consistait cette proposition et en quoi le maintien du système actuel avec des collaborations améliorées aurait pu répondre aux besoins qui ont été mis en évidence ?** **R (M. Bron) :** **La proposition était d'avoir des équipes dédiées dans des établissements dédiés.** Ça voulait dire que plutôt que de passer chez son médecin, il fallait aller dans des sites dédiés. Ça laissait tout ce circuit-là dans les mains des pharmaciens. **Ça a semblé très difficile à mettre sur pied et on ne voyait pas la plus-value pour le patient.** Les représentants qui ont formulé cette idée ont eux-mêmes jeté l'éponge en constatant que c'était inadéquat. **La situation actuelle est une situation où on est contraint de fermer les yeux, car le bon sens veut qu'on ne va pas empêcher l'amélioration des traitements et de la prise en charge ambulatoire.** Si on voulait appliquer la LS dans toute la rigueur de ses principes, il faudrait empêcher le développement de la prise en charge oncologique ambulatoire.

### 3. Séance du 11 juin 2021 : Suite et fin des questions au département

**M. Poggia :** Certains ont cru voir dans ce PL l'ouverture d'une brèche au principe d'interdiction de la pro-pharmacie. Ce n'est pas le cas. La volonté du Conseil fédéral est de limiter la pro-pharmacie plutôt que de

**l'étendre** parce qu'il a beaucoup de travail à faire du côté des cantons suisses alémaniques où cette pratique est largement répandue.

A Genève, la pro-pharmacie est interdite depuis très longtemps et il n'est pas dans l'intention du département de changer cette situation. Il y a aujourd'hui une situation de fait réelle **et il faut sortir de l'ambiguïté que tout le monde connaît c'est-à-dire une pro-pharmacie de fait dans certains secteurs particuliers, notamment pour la prise en charge de patients souffrant de cancers.** Face à cette situation de fait, soit on l'interdit et on doit en sous-peser les conséquences pour le patient. Pour l'intérêt des patients, la pro-pharmacie dans le domaine de l'oncologie doit être soupesée. Aujourd'hui, parce qu'elle est interdite, cette pratique n'est pas soumise à autorisation et donc elle n'est pas contrôlée ou alors on l'autorise ouvertement et ce n'est pas l'intention. La troisième solution serait de faire semblant de ne pas savoir. Cette pratique que l'on considère comme étant défendable dans ce domaine particulier doit être contrôlée et autorisée. On a affaire à des patients qui souffrent de pathologies particulières, de plus en plus complexes, car avec l'évolution de la médecine, on a pu mettre en évidence cette complexité. Ce sont des patients qui nécessitent un **suivi rapproché** de la part des médecins. Par exemple, lors de **cancers du sein**, les posologies doivent être constamment adaptées à la patiente avec une **relation de confiance étroite entre la patiente et le médecin et la nécessité sans cesse de réévaluer la posologie** du traitement mis en place. Il ne s'agit pas d'un traitement classique, mais véritablement de médicaments qui sont souvent adaptés sur mesure à la pathologie. Dans ce cas-là, il n'y a **pas de plus-value réelle à l'intervention du pharmacien, car le médicament est adapté régulièrement à la situation de la patiente** ou du patient et le rôle du pharmacien se limite à remettre le médicament adapté. Contrairement à la majorité des autres situations où il y a un contact personnel entre le pharmacien et le patient qui permet le **double regard de contrôle avant la délivrance du médicament** ce qui justifie une rémunération du pharmacien. On peut constater que la majoration sur le prix du médicament tient compte de l'activité du pharmacien. Ici ce n'est pas le cas. La relation de confiance étroite entre le médecin et son patient compte tenu de la nature de la pathologie et le risque d'avoir des incompatibilités médicamenteuses sont réduites à néant. **On a considéré qu'il fallait sortir de cette ambiguïté dans le sens de reconnaître l'admissibilité de la pro-pharmacie dans ce cadre spécifique et bien circonscrit en rappelant que la pro-pharmacie est interdite et que la seule exception est accordée dans ce cas particulier.** Ça semble générer des oppositions de la part des pharmaciens. Il souhaite savoir si leur opposition vient du fait qu'ils considèrent que la plus-value de leur

activité n'est pas suffisamment appréciée ou si l'on considère qu'il s'agit d'une activité rémunératrice s'agissant de médicaments souvent coûteux qui génèrent des revenus. Le département considère que cette exception au principe doit être soutenue dans **l'intérêt du patient.**

### **Questions des député.e.s**

**Q (UDC) :** Les précisions du département sont insuffisantes. **La pro-pharmacie à Genève représente entre 35 et 45 millions de francs à Genève** ce qui représente entre 350 et 450 emplois qui seraient normalement dévolus aux pharmacies et qui sont exercés et vendus en toute illégalité sans velléité du département d'y mettre un frein. **La pro-pharmacie est exercée en général par les gynécologues, les ophtalmologues et les oncologues.** Concernant les traitements oncologiques qui sont **délivrés directement par les médecins, ils ne sont pas contestés par les pharmaciens.** Par contre, la loi que prévoit le département met en avant le fait que les oncologues pourraient dorénavant délivrer les médicaments oraux, qui sont gérés à l'heure actuelle par les pharmaciens ce qui permet de mettre en miroir ces traitements par rapport aux interactions éventuelles qui ont lieu. Il ne s'agit donc **pas que des traitements particuliers, mais également des traitements génériques** qui sont à l'heure actuelle délivrés par des patients suivis par leurs pharmaciens.

Ces traitements ont une rentabilité et une marge extrêmement faibles. Il n'y a **pas un intérêt financier, mais un intérêt par rapport à la gestion globale du traitement.** Les auditions permettront d'éclaircir ces questions. L'enveloppe des médicaments en Suisse représente 8.5% des frais de la santé ce qui représente la plus faible portion au niveau européen. Les pharmaciens participent à la ***Pharmacie du cœur*** et avant, quand les patients ramenaient des traitements qui étaient encore utilisables, les pharmaciens les compactaient pour pouvoir les remettre aux personnes gratuitement. Ça a été rendu impossible et il serait intéressant d'avoir la réflexion du département à ce sujet. **Pourquoi la mise en commun des médicaments qui allaient être détruits n'est plus d'actualité et refusée par le département de M. Poggia au profit de la *Pharmacie du cœur* qui le fait encore ?** La réflexion du département est fragmentaire dans sa présentation du PL et il attend les différentes auditions avec impatience.

**Q (S) :** On sait que l'interdiction de la pro-pharmacie vise à éviter que le médecin se retrouve soumis à une tentation de **prescrire lui-même certains traitements en lien avec les entreprises pharmaceutiques.** Ce PL fait **sauter le double regard.** Est-ce que le département ne craint pas d'ouvrir

**une brèche sur la question de l'intérêt économique ? R (M. Poggia) :** Il ne croit pas que le double regard serve au pharmacien pour refuser la remise d'un médicament qui serait remis par un médecin au motif qu'il ne serait pas utile. C'est pour s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication avec d'autres traitements en cours. **La pro-pharmacie ne doit pas être favorisée, car elle est de nature à engendrer une hausse des coûts de la santé.** C'est la raison pour laquelle l'*OFSP* se bas contre la pro-pharmacie. La volonté du département est d'être plus attentif à ce qu'il se passe et le cas échéant, d'intervenir dans les domaines où la pro-pharmacie se ferait en toute interdiction.

### **Discussion interne sur les futures auditions**

**R (PLR) :** Il n'a pas été convaincu lors de la présentation de la dernière fois de ce PL. Il a pris la liberté de proposer un entretien au Pr Pierre-Yves Dietrich qui dirige le département d'oncologie des *HUG* et ses arguments l'ont convaincu. Il propose d'entendre le Pr Dietrich qui a lui-même suggéré d'entendre le professeur Nicolas Mach qui représentait les *HUG* dans le cadre du groupe de travail qui a proposé de PL.

**R (UDC) :** Il propose l'audition de M. Jacques Follonier, qui est l'ancien rédacteur de la LS qui avait exclu la pro-pharmacie du territoire genevois.

**R (EAG) :** Est-ce que l'audition de la *Ligue contre le cancer* ne serait pas judicieuse pour avoir leur point de vue ?

**R (PDC) :** Par rapport à l'audition de *l'AMGe*, il serait bien que le groupement des oncologies genevois (GROG) soit auditionné. Il n'est pas certain de la pertinence de la prise de position de la Ligue contre le cancer. Il soutient les autres demandes d'audition. Entre le Pr Dietrich et le Pr Mach, il trouverait bien d'auditionner le Pr Mach, ou alors ils pourraient venir ensemble. Il n'a pas compris le sens de la proposition d'audition du député UDC.

**R (PLR) :** Il trouve qu'il est préférable que ce soit M. Dietrich. Puisqu'il va quitter les *HUG*, on ne pourra pas le suspecter de plaider pour sa paroisse. Il a une vision sur l'organisation actuelle et future de la pratique de l'oncologie qui donne un éclairage et un sens à ce PL. Il insiste pour que ce soit le Pr Dietrich et pas forcément les deux en même temps. En ce qui concerne l'audition de la Ligue contre le cancer, il ne pense pas qu'elle puisse s'exprimer de manière pertinente sur ce PL. Si l'audition est acceptée, il demandera aux membres du bureau de prendre une position écrite.

**R (EAG) :** Ce ne sont pas forcément des gens du bureau qu'il paraît nécessaire d'entendre, mais des gens qui sont sur le terrain et qui accompagnent des personnes qui sont confrontées à la maladie.

**Q (Un autre PLR) :** Il ne faut pas oublier les patients. Les HUG ont un groupe de patients qui sont impliqués dans des recherches, dans des discussions et il sait que dans ce groupe-là, il y a des patients qui sont atteints de cancers. Le programme s'appelle *Patients partenaires* et la responsable est Sylvie Touveneau.

Sans opposition des commissaires, la présidente déclare que les neuf auditions suivantes sont acceptées :

*l'AMGe (en particulier le « GROG »), PharmaGenève et l'association des pharmaciens indépendants, la Fédération suisse des patients-section romande, les cliniques privées, les Pr. Dietrich et Mach pour les HUG, M. Jacques Follonier, la Ligue contre le cancer et le groupe Patients partenaires.*

#### **4. Séance du 18 juin 2021 : Audition de M. Michel Matter, président de l'AMGe accompagné de la Dre France Laurencet, oncologue**

**M<sup>me</sup> Laurencet :** Ce PL a pour but que l'on puisse continuer à faire ce qu'on fait déjà en tant qu'oncologue et hématologue, c'est-à-dire **initier un traitement de chimiothérapie orale afin que le traitement soit fait dans les règles de l'art et pour la sécurité du patient.** On a de plus en plus des **schémas complexes qui ajoutent différents médicaments et ils doivent être donnés à certains moments du cycle. Ces médicaments sont de plus en plus chers** et nécessitent l'accord de l'assurance.

En tant qu'oncologue, si on a une boîte au cabinet, on peut débiter le traitement rapidement et **ne pas attendre 3-4 semaines qui sont parfois délétères pour les patients.** Un exemple est le myélome qui est une maladie qui fait des trous dans l'os. On aime commencer le traitement le plus vite possible. On a un traitement qui est le bortézomib qui se donne en sous cutané aux jours 1, 4, 8 et 11. On donne en parallèle des comprimés de Revlimid du jour 1 au jour 14. Quand on commence, il est important de commencer le bon jour sinon on est toujours en retard. Cette loi ne concerne surtout les cytotoxiques. Elle ne concerne en aucun cas les hormonothérapies. C'est soit pour les chimiothérapies, soit les immunothérapies, soit des médicaments nouveaux qui agissent à l'intérieur du cycle de la cellule. **Il faut pouvoir les adapter rapidement.** On veut avoir une boîte qui permette d'initier et d'adapter le traitement. On peut vendre 10 comprimés de manière à ne pas utiliser une boîte complète qui sera à charge de l'assurance. Le but

est d'avoir la sécurité que le patient reçoive vraiment ses médicaments et qu'on n'ait pas besoin d'attendre pour lui, ce qui est délétère. Le problème de la chaîne du froid, on l'a de toute manière pour les médicaments intraveineux qu'on a déjà dans les cabinets. Elle donne l'exemple d'un patient qui a une leucémie et trop de globules. On a des boîtes de comprimés pour les faire descendre. On peut les lui donner le temps que la pharmacie commande la boîte. Ça évite de perdre 2-3 jours et ça permet de traiter le patient dès qu'il en a besoin. **Il ne s'agit pas de distribuer des comprimés de manière chronique, mais c'est pour initier le traitement.**

### Questions des député.e.s

**Q (S) :** Il ne saisit pas bien la nécessité de pouvoir prescrire immédiatement. Si un traitement est fait dans le cadre de l'hôpital, il imagine qu'il n'y a pas besoin d'avoir de prescription. **S'agit-il de prescription pour des médicaments pris de manière autonome par le patient ?** Il a eu des retours de patients qui ont vu des oncologues qui parlent des traitements de manière technique, ce qu'ils ont vécu de manière déshumanisante et techniciste. **Est-ce que le fait de maintenir le passage chez le pharmacien ne permet pas d'humaniser, de poser des questions et de permettre l'expression de doutes qui n'arrivent pas aux médecins en lien avec la rapidité de la prise en charge ?** **R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Elle travaille en cabinet médical. On ne parle pas de l'hospitalier, mais d'un **cabinet** où on doit avoir des **médicaments pour dépanner des patients**. Parfois, pour avoir certains médicaments, il faut l'aval du médecin-conseil qui peut prendre 3 ou 4 semaines. **On ne peut pas se permettre d'attendre 3 ou 4 semaines.** On commence et on donne une boîte à notre risque pour le bien des patients. Dans les cabinets médicaux, il y a les assistantes, mais aussi les infirmières. Elles sont là pour expliquer les effets secondaires et elles passent du temps avec les patients. Dans les centres du sein, on doit avoir une « breast nurse » qui suit la patiente et le patient qui vient dans un cabinet d'oncologue va voir deux ou trois infirmières à qui il peut poser ses questions. C'est vrai que c'est de plus en plus technique, mais il y a une discussion avec le patient. **R (M. Matter) :** Les médecins sont une des professions où le **lien de confiance est le plus fort. On parle de l'introduction de médicaments et de pouvoir débiter un traitement hors HUG.** Quand on parle de pro-pharmacie en Suisse allemande, plus de 70% de la population a plébiscité la pro-pharmacie. On ne parle pas ici de généraliser, mais d'une spécialité où le **lien de confiance est très fort et il s'agit de pouvoir avancer dans la lutte contre le cancer.**

**R (S) :** Il entend les **aspects émotionnels** et relève qu'on veut tous lutter contre le cancer. Ce sont des arguments qui touchent au cœur, mais qui doivent aussi être étayés sur le fond. **R (M. Poggia) :** Il souligne qu'il n'y a pas d'émotionnel quand on soigne un cancer. On parle d'efficacité.

**Q (S) :** Il trouve inquiétant d'entendre M<sup>me</sup> Laurencet dire qu'elle n'est pas dans la loi. **En quoi ce PL permettra d'aller plus vite qu'en allant aujourd'hui dans une pharmacie ? En quoi ce PL en accélère la démarche ? Est-ce qu'il n'y a pas un risque de court-circuiter le regard du pharmacien ?** **R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Si elle envoie une ordonnance pour du Revlimid dans une pharmacie pour commencer le traitement le lendemain, la pharmacie va lui dire qu'on attend l'aval du médecin-conseil pour le lui délivrer, car ils ont peur de la charge financière que ça leur donne et ça fait **repousser de 2-3 semaines un traitement**. Or quand on décide de faire un traitement, il y **urgence** et ça a été **discuté dans le cadre de tumor boards**. **Il n'y a plus aucun cancer qui soit traité à Genève sans que les cas ne soient discutés en tumor boards. On doit aussi suivre des guidelines internationales** et dans les règles de l'art. On prend le moins de risque possible avec les patients, car on a des médicaments potentiellement toxiques qui peuvent mener à des complications sérieuses. **R (M. Matter) :** Ils ont un **groupe d'oncologues** au sein de *l'AMGe*. Il est inscrit dans l'exposé des motifs que *PharmaGenève* s'est clairement opposée à cette modification pour un ensemble de motifs sur lesquels il ne reviendra pas. Ils ont fait des réunions en amont avec M. Rémi Lafaix qui est le nouveau président de *PharmaGenève*. On concourt à essayer de trouver un *modus operandi* en commun avec les pharmaciens par rapport à cette problématique essentielle pour les personnes atteintes d'un cancer.

**Q (UDC) : Que font-ils quand il y a un changement de traitement et que le patient rapporte les médicaments ?** **R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Ça dépend du patient. Si le médicament a été gardé dans de bonnes conditions, ça peut les dépanner, mais sinon ça part dans la poubelle jaune.

**Q (UDC) :** Le déconditionnement et la vente au comprimé sont interdits. Il y a souvent des médicaments qui ne sont pas équilibrés et donc des rappels de lots qui sont faits. **Comment font-ils pour recontacter les patients qui font office d'un rappel de lots ?** **R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Elle sait à quel patient elle donne les comprimés.

**R (UDC) :** Le PL ne correspond pas à la description qu'en fait sa préopinante. Si on lit le PL, **ça veut dire que les oncologues pourraient délivrer tous les anticancéreux oraux, ainsi que tous les traitements adjuvants**. Le PL est plus large que la simple urgence qu'elle a décrite. **La loi ne parle pas de l'induction d'un nouveau traitement, mais d'une**

**pro-pharmacie ouverte. On n'est pas dans la logique d'un PL qui va en faveur du patient.** R (M. Matter) : Il a expliqué qu'ils sont en train de discuter avec les pharmaciens pour trouver la meilleure façon dont on peut avancer et aider les patients. On veut avoir un *modus operandi* commun aux pharmaciens et aux médecins pour initier les traitements. On n'est pas dans une ouverture complète de la pro-pharmacie.

**Q (UDC) : La loi ne parle pas d'initiation de traitement. Comment facturent-ils les médicaments délivrés en cabinet à la LAMal puisque ce n'est pas légal?** R (M<sup>me</sup> Laurencet) : Elle déclare faire très peu de pro-pharmacie. Si elle doit avancer du Revlimid pour que le patient commence son traitement, elle l'avance et quand elle a l'accord de l'assurance, le patient ou la pharmacie amène le médicament. On ne va pas faire de l'argent là-dessus. Dans les autres cantons, les oncologues donnent le nombre de comprimés exacts et ça **diminue les coûts de la santé.**

**Q (PDC) :** Il comprend que quand M<sup>me</sup> Laurencet initie un traitement, elle ne le facture pas et elle attend l'accord du médecin-conseil puis elle facture le médicament. R (M<sup>me</sup> Laurencet) : Elle acquiesce.

**Q (Le même député PDC) : Est-ce que c'est le patient qui va chercher le médicament ou si elle le commande directement à l'industrie ?** R (M<sup>me</sup> Laurencet) : Elle attend que le patient l'amène. Pour les médicaments intraveineux, on passe par les boîtes pharmaceutiques. C'est le temps de pouvoir commencer en attendant d'avoir l'aval de l'assurance. On peut parfois s'arranger entre oncologues pour se remettre des médicaments afin de pouvoir commencer un traitement au plus vite en attendant d'avoir l'aval du médecin-conseil.

**Q (Le même député PDC) : Avez-vous parfois des refus d'assurance ?** R (M<sup>me</sup> Laurencet) : Il arrive d'avoir des refus d'assurance, mais on envoie une deuxième ou une troisième demande. Au niveau de la *société suisse d'oncologie médicale (SSOM)*, des experts ont été mandatés et si on a un deuxième refus de l'assurance, on envoie la demande à la *SSOM* qui donne son avis. La *SSOM* a dans chaque assurance une personne de contact. L'année passée, il y a eu 57 demandes adressées pour la Suisse et 2 refus.

**Q (Le même député PDC) : Que se passe-t-il lors du refus d'un traitement et que l'assurance ne veut pas le rembourser ?** R (M<sup>me</sup> Laurencet) : Il ne se passe rien pour le patient. Le médecin assume sa perte. Elle a eu un refus récemment pour une perfusion et précise qu'elle n'envoie pas ses factures avant deux mois.

**Q (Ve) : La pratique actuelle est illégale. Qu'advient-il s'il y arrive un problème grave au patient à la suite du traitement ? N'y a-t-il pas un**

**risque pour le médecin ? R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Ce n'est pas illégal en soi, car on est dans les guidelines. **Ce qui est illégal, c'est qu'on passe avant l'aval d'un médecin-conseil qui n'est pas forcément un oncologue et qui ne connaît pas leur job et bloque le processus** pour certaines choses. Si on est dans les règles de l'art, l'aval du médecin-conseil c'est pour le **remboursement par l'assurance** et pas pour la légitimité du médicament.

**Q (Ve) : Est-ce que le patient ne va pas pouvoir se retourner contre le médecin s'il fait une grosse réaction ? R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Elle ne pense pas, car ce sont des comprimés oraux. Elle n'a jamais vu d'état de choc sur un comprimé oral.

**Q (Ve) : Qu'est-ce ce qui arriverait si le Grand Conseil refusait le Projet de loi qui lui est soumis ? R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Ils auraient leurs boîtes de médicaments quand même. La loi permettrait de pouvoir facturer la boîte qu'on a initialement. On garderait le système actuel où on commence en attendant l'aval du médecin-conseil. Elle a plus de 15 ans d'expérience en oncologie et elle a un cash-flow qui fait que s'il y a 5 000 ou 10 000 francs en attente, ce n'est pas un souci, mais ce n'est pas le cas d'un jeune oncologue qui s'installe et où chaque dépense est comptée.

**Q (PLR) :** Ce PL a pour but de **pallier l'incapacité des assurances** à fournir en temps et en heure l'aval **pour traiter les maladies cancéreuses. La réelle difficulté est liée au fonctionnement des assurances.** **R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Elle répond par l'affirmative. **R (M. Matter) :** C'est le cas, alors même qu'il y a une **équipe médicale pluridisciplinaire** qui prend la décision.

**Q (Le même PLR) :** Le PL ne concerne **que les cytostatiques. La loi ne concerne que les traitements oraux qui vont être pris par le patient en dehors du moment où il serait en clinique pour recevoir un traitement combiné.** Est-ce bien exact ? **R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Elle répond par l'affirmative. La clinique ne va pas donner un médicament oral sans avoir l'assurance que l'assurance ait aussi donné son aval.

**Q (Le même député PLR) : Est-ce que le but du PL est qu'ils puissent distribuer aux patients la quantité de médicaments nécessaire** pour qu'ils puissent se traiter à domicile et qu'ils puissent revenir aussi souvent que nécessaire pour adapter les doses finement ? **R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Elle répond par l'affirmative.

**Q (EAG) : L'aval du médecin-conseil est nécessaire,** que l'on passe par la pharmacie ou par le médecin, mais ce qui change est que le médecin accepte de prendre le risque ce que ne peut pas faire la pharmacie. M. Matter a déclaré qu'il y avait des discussions en cours avec les pharmacies. Est-ce

que cela veut dire qu'à l'issue de ces discussions, il pourrait y avoir des **amendements à ce PL** ? M<sup>me</sup> Laurencet a dit que ce qui était **fondamental** était de **pouvoir initier le traitement** or elle a l'impression que **ce n'est pas ce que propose le PL qui propose la pro-pharmacie sur certains types de médicaments, mais pas uniquement sur l'initiation du traitement**. Pourrait-il y avoir une restriction du champ du PL qui conviendrait ou si elle souhaite pratiquer la pro-pharmacie comme indiqué dans ce PL ? Enfin, une série d'arguments sont exposés pour soutenir ce PL en disant que dans le domaine de l'oncologie, c'est une nécessité. **Pourrait-il y avoir d'autres spécialités médicales dans lesquelles on pourrait invoquer les mêmes nécessités ?** R (M<sup>me</sup> Laurencet) : Pour eux, c'est surtout l'initiation. Finalement, on a déjà des frais énormes dans les cabinets médicaux et avoir une boîte de 14 comprimés de Revlimid qu'on doit donner toutes les 3 semaines n'est pas leur but. On ne va pas essayer de faire de l'argent sur ça et c'est vraiment pour que le patient puisse avoir son traitement rapidement. Si elle commence avec une boîte de 25 mg et qu'elle voit au jour 7 que les globules blancs du patient sont bas, elle va passer à du 15 mg si elle a une boîte. Une fois que ça s'est stabilisé, elle ne va pas donner la suite des médicaments. **Le problème qu'on a parfois c'est la manière qu'ont certains pharmaciens de voir les choses notamment sur les interactions entre certains médicaments.** R (M. Matter) : **La collaboration avec les pharmaciens est essentielle pour fixer un cadre.** On ne veut pas fixer un précédent qui devienne quelque chose qui aille sur une pro-pharmacie d'une spécialité par rapport à d'autres, mais c'est vraiment afin d'avoir un cadre, d'être là pour les patients dans des situations particulières. **Le changement de président de PharmaGenève est propice à une bonne collaboration entre pharmaciens et médecins.** Il tient à ce qu'on se tienne à cette spécialité, le but n'étant pas d'aller vers la pro-pharmacie à Genève de façon généralisée. Il s'agit de mettre un cadre autour de ces situations dites particulières et simplement dans l'intérêt du patient. **Il rappelle que les HUG ont demandé que cette exception s'étende aux patients précaires suivis par le département de médecine communautaire de premier recours et il explique que c'est fondamental.**

**Q (Ve) :** Le PL est issu d'un problème de fonctionnement des assurances. **Est-ce que ce PL est aussi lié à des difficultés d'approvisionnement de médicaments anticancéreux ?** R (M<sup>me</sup> Laurencet) : Elle répond par la **négative**. Il est vrai qu'on a parfois certains problèmes pour obtenir des médicaments et des chimiothérapies qu'on n'a pas pu administrer en raison d'une pénurie de certains médicaments, mais ce n'est pas en relation avec la loi actuelle.

**Q (PDC) : Combien coûte la boîte de médicaments de 14 comprimés citée à plusieurs reprises ? R (M<sup>me</sup> Laurencet) :** Elle coûte environ 5 000 francs.

**Q (Le même PDC) :** Les personnes précaires obtiennent leur traitement gratuitement donc il ne voit pas où est le problème. Il avait cru comprendre que lorsqu'on a voté la *Pharma24*, cette pharmacie-là servirait de **formation** pour les traitements compliqués que les pharmaciens devraient initier et qu'on allait les aider à comprendre comment il faudrait faire. On n'entend plus parler de cet aspect-là. **R (M. Matter) :** C'est gratuit pour les personnes précaires, mais ça fait partie de ce qu'on peut offrir comme prestation et apport aux patients. **Par rapport à la formation, ça reste fondamental surtout pour les professions sanitaires.**

**5. Séance du 10 septembre 2021 : Audition conjointe de M. Rémi Lafaix, président, de M<sup>me</sup> Martine Ruggli, présidente de PharmaSuisse et de M. Stéphane Winteler, membre du comité de l'Association genevoise des pharmaciens indépendants**

Annexes et documents distribués en séance :

**Non au projet de modification LS sur la pro-pharmacie – PharmaGenève**

**M<sup>me</sup> Ruggli :** Cet objet ne va pas seulement impacter le niveau cantonal, mais aussi le niveau Suisse. Elle présente le point de vue des pharmaciens et des patients. Aujourd'hui, il est difficile pour les patients avec des pathologies d'avoir une bonne coordination dans le système de santé, cette lenteur, caractéristique du système doit être brisée en encourageant l'inter-professionnalité. Le patient est un partenaire, il a le libre choix des prestataires de soins et de sa prise de traitement. Il doit être conseillé, accompagné et il a des droits qui doivent être respectés. **La Pro-Pharmacie va à contre-courant de toutes les politiques de santé actuelles, car tous les systèmes vont vers la collaboration entre les différents acteurs de la santé pour une meilleure efficacité.**

**M. Lafaix :** Les pharmaciens sont des professionnels de la santé avec 5 ans d'études universitaires et un titre post-grade obligatoire de 2 à 5 ans pour diriger une pharmacie ainsi que des formations continues nécessaires pour maintenir les connaissances à jour. Les compétences requises par la loi se trouvent dans l'art. 9 let. a-j LPMed. Un pharmacien est un généraliste des médicaments et doit comprendre les interactions entre les médicaments et autres traitements. Le pharmacien est en mesure de donner

des conseils pharmaceutiques à d'autres professions de la santé et de conseiller les patients. **Le patient oncologique a plusieurs pathologies et plusieurs médecins, là intervient l'intérêt primordial du pharmacien qui a une vue à 360° du patient. Le pharmacien valide une ordonnance en connaissant de l'historique du patient et le traitement prescrit par le médecin.** De plus les facteurs de risque et les contre-indications sont relevées et si besoin une prise de contact avec le médecin est effectuée. Par ailleurs, il y a une individualisation du conseil, c'est-à-dire, une adaptation à chaque patient en s'assurant qu'il connaisse bien le médicament, que tout est clair pour le patient et éventuellement lui transmettre des instructions supplémentaires. Finalement, le pharmacien vérifie qu'il n'y a pas d'interruptions dans le traitement. Il participe aussi au choix économique du traitement par la taille du paquet.

### **Il se positionne contre ce projet pour 3 raisons :**

1. Premièrement, pour la **sécurité du patient**. Le pharmacien a une hygiène rigoureuse des médicaments avec une garantie de la chaîne du froid. De plus, les modes d'emploi sont adaptés en fonction des patients et la traçabilité des lots est assurée à 100% ce qui permet de rappeler un lot si nécessaire. Par ailleurs, **le conditionnement est personnalisé pour éviter les gaspillages et garantir une économie**. Par exemple, *Pharma 24* collabore avec les HUG pour les transplantés rénaux, car le traitement antirejet de greffe est onéreux, il est donc adapté d'une semaine à l'autre pour ne pas le gaspiller et économique pour l'assurance maladie. Finalement, le médecin ne délivre pas de traitement et le pharmacien ne prescrit pas le médicament pour un double contrôle. De plus, ce système permet une **responsabilité partagée** en cas d'erreur et ce processus se généralise à d'autres domaines de la santé.
2. Deuxièmement, le pharmacien apporte un **soutien au patient**, car il est le seul **accessible en tout temps et sans rendez-vous**. Très souvent les patients chroniques sont **fidèles** aux mêmes pharmacies ce qui permet donc une prise en charge complète du patient. Pour revenir au domaine de **l'oncologie**, le pharmacien offre une nouvelle oreille attentive au patient. Cette écoute est importante notamment lorsque le patient essaie des thérapies à base de plante sans aborder cette question avec son spécialiste. Pourtant les mélanges peuvent être néfastes et le pharmacien entre en jeu à ce moment-là. Ainsi le pharmacien soutient le patient et vérifie l'adhésion du patient au traitement, ce qui est primordial. **Pour résumé, le pharmacien est un soutien et un facilitateur pour la prise de commandes rapide et régulière ou pour la remise gratuite aux personnes précaires.**

3. Finalement, **le pharmacien garantit la neutralité économique**. En effet, les **industries pharmaceutiques poussent très fort pour placer des traitements très chers**. Il est important de pouvoir garder une indépendance économique grâce au **double contrôle** et de choisir un traitement basé uniquement sur l'amélioration de la santé du patient et non pas sur l'économie.

**M<sup>me</sup> Ruggli** se fait le **porte-parole de la Professeur Marie-Paule Schneider** qui n'a pas pu être présente pour respecter les mesures sanitaires. Il y a donc une formation universitaire qui existe avec une **réforme des études ces dernières années pour former les pharmaciens aux nouveaux médicaments**. Le projet parle de médicaments oncologiques, mais il y a énormément de nouvelles thérapies ainsi les nouveaux pharmaciens y sont formés, mais ceux déjà établis le sont aussi. Le titre FPH est équivalent au titre FMH de généraliste qui donne l'obligation de formation continue pour maintenir les connaissances à niveau et connaître les médicaments qui sont le quotidien de beaucoup de spécialistes. **Des cours touchent aussi la polypharmacie** pour apprendre à bien gérer les médicaments co-prescrits. Dans la collaboration avec *l'UNIGE*, il y a un gros **travail sur l'inter-professionnalité** et la communication en santé, car les professionnels de la santé doivent tous parler la même langue pour que le patient comprenne bien. Il y a des cadres pratiques qui permettent d'utiliser l'inter-professionnalité au quotidien **le but étant de faire bénéficier à tout le monde de la meilleure prise en charge possible en offrant les meilleures médications au prix le plus bas, mais avec la meilleure qualité**. Si la chaîne de soins est fractionnée alors le patient va être dans le flou.

**De plus, la volonté fédérale est de donner plus de compétences aux pharmaciens, car la LAMal est en révision, notamment l'art. 25 qui va ouvrir les compétences du pharmacien pour éviter les accidents d'effets secondaires qui mènent à l'hospitalisation du patient**. En France, plus de 150 000 personnes sont hospitalisées à cause d'effet secondaire. De plus, la **stratégie du Conseil fédéral à l'horizon 2020-2030 qui va contre la pro-pharmacie**, avec plusieurs axes dont le **point 5 qui est l'augmentation de la qualité des soins avec le renforcement des soins coordonnés et des soins primaires ainsi que l'amélioration des traitements médicamenteux en assurant la sécurité et l'efficacité des traitements**. Par ailleurs, un *Policy Brief* a été édité par *l'OFSP* qui appelle à renforcer l'inter-professionnalité.

**Au niveau international, la Pro-pharmacie n'est pas acceptée en Europe et dans le reste du monde c'est très rare**. Les USA autorisent la

pro-pharmacie mais sans avantage économique donc aucun médecin n'en dispense.

**En Suisse, la pro-pharmacie existe dans certains cantons et il faut faire avec, mais il faut tout de même essayer de renforcer la collaboration. Il y a un projet, au niveau suisse, pour réduire les incitatifs pécuniaires négatifs comme en changeant les marges de distribution. Ce projet va à contre-courant même si Genève est très avant-gardiste dans la politique de santé.** Il y a une alternative avec des projets collaboratifs pluridisciplinaires qui peuvent être vérifiés par le département de la santé. Il y a au niveau fédéral une loi qui permet des projets pilote, ce qui est une chance.

De plus, Genève possède une **Université** et est un acteur à la pointe de la collaboration interprofessionnelle et ne pas se battre. **En plus, l'ouverture se fait au niveau des oncologues qui ne sont pas les seuls à prescrire des médicaments oncologiques et ces autres spécialistes réclameront les mêmes droits. C'est donc une porte ouverte à la dispensation médicale, pas seulement à Genève, mais aussi dans d'autres cantons.** Genève sera pris comme exemple pour les autres cantons. Elle finit par rapporter le message d'un de ses pairs qui est aussi contre la dispensation médicale, la qualité thérapeutique et la polypharmacie nécessite la collaboration et soutient la lutte contre la pro-pharmacie.

**M. Winteler** s'inquiète pour les **réseaux de pharmacie de proximité** et les départements ainsi que le Conseil d'État ont toujours souhaité que les pharmaciens soient disponibles pour accueillir les gens et pour les conseiller. Les pharmaciens ont des **rôles sociaux importants**, ils orientent les patients, gèrent les situations sociales compliquées, accompagnent les patients et lèvent les doutes. Aujourd'hui, il ne cautionne pas ce projet de pro-pharmacie car même les pays libéraux n'ont pas accepté ce projet, car le **risque d'accointance avec les industries pharmaceutiques est très grand.** Le prix d'achat des médicaments par les médecins est plus bas que pour les pharmaciens. **La marge d'incitation serait donc énorme, malsaine et engendrerait une inégalité de traitement entre les pharmaciens et les médecins au détriment du patient.**

La **formation** s'est adaptée et il se demande si c'est nécessaire de concéder aux oncologues un revenu supplémentaire. Le risque de généralisation à d'autres médicaments est très grand ce qui engendrerait la disparition de postes d'emploi, de stage et d'apprentissage en officine de quartier. **Les bénéfiques et les marges sont encadrés et plafonnés ainsi le pharmacien n'en retire aucun intérêt**, mais peut accompagner au mieux le patient. En cas d'acceptation de cette loi, le pharmacien verrait sa retraite

préité. Il se demande si à la suite de l'acceptation de cette loi les exigences du pharmacien cantonal seront toujours respectées au niveau de la sécurité et à quelle tarification. Il fait référence à un article qui met en avant les dérives lorsqu'il n'y a pas de double contrôle. **En conclusion, si cette loi passait, l'échange précieux serait perdu et le système serait déshumanisé.**

### **Questions des député.e.s**

#### **Q (PLR) : Il a 3 questions :**

- 1. Quelle est la tendance nationale en matière de pro-pharmacie ?**
- 2. Le PL n'instaure pas la pro-pharmacie mais dicte un cadre spécifique pour l'oncologie. Il a bien entendu le plaidoyer pour le rôle du pharmacien dans l'inter-professionnalité. Quel est leurs avis sur la médecine personnalisée en l'oncologie ?**
- 3. Deux situations médicales existent. En premier lieu, il y a les **oncologues traditionnels seuls** et en second lieu, il y a le **développement de centres de compétences ambulatoires qui travaillent dans un réseau d'inter-professionnalité**. Politiquement, **ne faudrait-il pas mettre l'accent sur le développement de ces centres** ?**

**R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Deux conseillers fédéraux ont déjà essayé de supprimer la pro-pharmacie mais sans succès. En effet, **Zürich** a basculé en dispensation médicale, car les régions rurales ont voté pour la pro-pharmacie et ces régions pèsent plus lourd que les villes, car la population zurichoise n'est pas concentrée dans les villes. La tendance nationale est stable sans volonté de renforcer la pro-pharmacie, au contraire.

Concernant la fixation d'un cadre pour l'oncologie, **il ne devrait pas y avoir de dispensation médicale oncologique actuellement ce n'est pas permis par la loi actuelle**. C'est pour cela qu'elle considère ce projet comme une ouverture. Genève a la chance d'avoir la possibilité d'avoir des projets. Il peut y avoir des centres de compétences en collaboration avec les pharmaciens et les pharmacies qui peuvent jouer un rôle important dans l'adhésion du patient au traitement dans le cadre du centre. Mais ces centres n'ont pas besoin d'être localisés à un endroit, mais doivent être répartis. Il est important de faire avancer le système de santé. **R (M. Lafaix) :** Il **rebondit sur ce PL qui dit ne pas ouvrir la pro-pharmacie. Pour lui, c'est quand même une ouverture** même si cette pratique se faisait illégalement. Ce projet concerne plutôt l'oncologie de ville avec des spécialistes qui discutent autour du patient dans ce cadre-là. Les **HUG** sont pionniers par rapport aux soins oncologiques.

**Q (S) :** Elle revient sur le risque que le médecin soit soumis à des pressions pour distribuer de nouveaux médicaments plus onéreux. **Que peuvent faire les pharmaciens pour éviter cela ? R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Des discussions entre les médecins et les pharmaciens sur des thérapies pour améliorer les traitements se font depuis plus de 20 ans. Si l'oncologue a une pression de l'industrie pour une meilleure qualité, c'est normal, mais si l'incitatif vient d'un point de vue économique, alors c'est problématique.

**Q (La même députée S) :** Elle précise qu'elle entendait une pression pour prescrire des médicaments plus onéreux. **R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Le médecin choisi avec sa compétence de spécialiste. Lorsqu'il y a deux traitements équivalents de même efficacité, l'économicité peut être le critère de sélection. Toutefois, si le choix de traitement est déterminé par un incitatif économique alors le choix va être différent. Il est intéressant de discuter de cela pour choisir le meilleur médicament, mais avec les moindres coûts. **R (M. Lafaix) :** Le pharmacien peut ne pas délivrer le médicament, mais une pression pour prescrire peut s'exercer. **Ainsi il faut un encadrement du système de prescriptions inscrit dans un modèle interprofessionnel.**

**Q1 (PLR) :** Il comprend le souci d'avoir une personne qui prescrit les médicaments et qui peut encaisser l'argent directement. **Existe-t-il des statistiques entre les cantons exerçant la pro-pharmacie et les autres ? R1 (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Il y a une très grande différence dans la consommation de médicament entre les cantons. Genève consomme plus de médicaments qu'en Suisse centrale. Ainsi la comparaison est difficile à faire, mais des études ont obtenu des résultats très différents. Dans le contexte de consommation disparate entre les cantons, il y a une augmentation de la prescription lorsque c'est de la pro-pharmacie.

**Q2 (PLR) :** Ne serait-il pas plus confortable pour le patient de prendre des médicaments directement au cabinet médical, voire nécessaire dans certaines situations d'urgence qui nécessiterait un encadrement ? Quel serait le cadre nécessaire pour un tel projet et quels canaux pourraient être utilisés ? **R2 (M. Lafaix) :** Il revient sur la question de la **commodité du patient**. En effet, il peut sembler plus simple de dispenser les médicaments directement cependant, lorsqu'un oncologue prescrit un traitement, il est composé de différents médicaments suivant les stades et avec des effets secondaires distincts. **R2 (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Lorsqu'un médicament est prescrit, **très souvent des effets secondaires sont prévisibles** et le patient a besoin d'avoir quelqu'un, autre que son spécialiste, accessible en tout temps pour en parler et qui renforcera la position du médecin. Le pharmacien permet d'effacer les craintes après un temps de réflexion alors que dans le bureau du médecin le patient ne pense pas à toutes

les questions qui peuvent survenir par la suite. Il faut laisser un moment de réflexion au patient, ce qui est important.

**Q3 (PLR) : Sur le contrôle, quels systèmes peuvent être mis en place pour contrôler les médicaments, car les chiffres donnés montrent que les erreurs en termes de prise de médicaments sont considérables et montent jusqu'à 30% ? R3 (M. Winteler) :** Il existe **4 types d'interaction et les programmes informatiques sont à la pointe pour les détecter.** Les deux premières interactions sont les plus importantes. Il faut réagir régulièrement en prenant contact avec le médecin pour l'informer et attendre la confirmation de la continuité du traitement ou de trouver une solution avec le médecin. **R3 (M. Lafaix) :** Il y a des **améliorations possibles dans la prise en charge, au niveau des interactions.** Des discussions ont eu lieu avec des oncologues pour proposer un modèle et en quelques minutes beaucoup de solutions ont été trouvées. Ainsi les liens ont été renforcés en 15 minutes. Il y a donc des améliorations possibles, mais il n'y a jamais vraiment eu de projet pilote pour suivre les traitements et améliorer l'adhésion. **Une étude est menée à Lausanne pour montrer que le travail en équipe permet de diminuer les arrêts de traitement.** Les thérapies avancées ciblées se font dans tous les domaines et cela se fera de plus en plus pour devenir le quotidien des spécialistes.

**Q (Le même député PLR) :** Concernant le contrôle d'interactions, les systèmes des cabinets médicaux permettent de contrôler les interactions. **Le patient peut se rendre dans 2 pharmacies différentes. R (M. Lafaix) :** **L'oncologue est spécialiste dans son domaine, mais le pharmacien est généraliste des médicaments.** Même si un système peut sortir les interactions, il faut connaître les médicaments pour savoir les effets. Les pharmaciens ont les connaissances généralistes pour s'y adapter. De plus, si des effets sont voulus par les oncologues, il faut les mentionner sur l'ordonnance. **R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Souvent, le patient ne se rappelle plus du nom du médicament qu'il prend donc l'oncologue ne sait pas forcément les interactions possibles. **Même si les dossiers électroniques arrivent de plus en plus, les patients chroniques vont toujours dans les mêmes pharmacies ce qui permet d'avoir un bon suivi des patients.**

**Q1 (PDC) :** Il a trois questions. Le département a dit qu'il rendait officiel ce qui existait depuis longtemps. **Est-ce qu'il y a déjà eu une intervention auprès du département pour interdire cette pratique ?**

**Q2 (PDC) :** Quels sont les marges sur un traitement oncologique ? **R2 (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Quant aux marges, elles sont réglementées au niveau fédéral avec des paliers pour toutes les professions. La différence se trouve dans la remise de médicaments, d'échantillons gratuits ou de

rabais. Elle précise que la loi sur la transparence demande que les avantages obtenus soient retournés aux patients, mais le contrôle n'est pas encore en place donc c'est une zone grise. Ceci n'est pas possible à la pharmacie, car les pharmaciens ne peuvent pas passer directement par les industries, mais elles achètent chez un grossiste. Ainsi les marges sont déterminées par l'OFSP.

**Q3 (PDC) :** Les traitements par voie orale avec une pilule ne se font quasiment plus, mais les traitements sont sous-cutanés ou intraveineux ainsi ne serait-il pas plus confortable pour le patient de ne pas avoir à chercher son traitement à la pharmacie pour ensuite retourner au cabinet ? **R3 (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Les médicaments intraveineux se font par application et ne sont pas considérés comme une « remise », ce qui est autorisé. Toutefois, dans le domaine oncologique la tendance est aux traitements oraux, pour l'instant, d'où le problème de la remise. **R3 (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Pour un traitement sous-cutané, le patient peut faire l'injection en pharmacie ou à domicile selon ses besoins et ne doit pas retourner chez son spécialiste.

**Q (Le même député PDC) :** Il veut des chiffres. **R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** C'est au maximum 260 francs répartis entre le pharmacien et le grossiste. Le montant que le pharmacien paie au grossiste est déduit des 260 au maximum des 8 500 francs. **R (M. Lafaix) :** Il y a eu beaucoup de plaintes parce que des oncologues ne remettaient pas les médicaments dans le cadre de la loi. Il a lu que certains médicaments échappent totalement aux officines, mais ce n'est pas exact, car il y a eu 1 500 patients et 7 000 emballages concernés par cette loi, et ce sont 50% des chiffres. Ces molécules sont existantes dans les officines et les patients sont encadrés.

**Q (MCG) :** Il aimerait plus de détails sur l'inter-professionnalité oncologique. Est-ce que cette collaboration est possible ou faudrait-il une évolution de la loi ou une modification du PL ? **R (M. Lafaix) :** L'inter-professionnalité est le fait de travailler avec différents professionnels de la santé autour d'un patient. Il n'y a pas besoin de modifier la loi, mais il faut changer la manière de l'appliquer. Une piste est les rencontres entre spécialistes pour travailler ensemble sur un projet pilote dont le but est d'améliorer le circuit. Une rencontre avec les oncologues a déjà eu lieu et ils étaient très intéressés, mais il n'y a pas eu de suite. Il faut donc un encadrement et c'est au service de la santé de le faire. L'exemple vaudois est en train de chiffrer la plus-value du travail interprofessionnel pour qu'un patient adhère à son traitement. **R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Il n'y a pas besoin de modifier la loi.

**Q (Le même député MCG) : Est-ce que les oncologues ont les moyens de travailler de manière interprofessionnelle ? R (M. Lafaix) :** Il ne voit pas d'impossibilité, car tous les spécialistes de la santé travaillent ensemble et c'est une tendance actuelle. Toutefois, il faut collaborer avec les officines de ville et apporter des améliorations grâce au projet pilote.

**Q (Une députée EAG) :** Concernant le confort du patient, dans quelle mesure le pharmacien peut-il répondre aux besoins urgents des médecins ? **R (M. Lafaix) :** Les médicaments sont disponibles entre 12 et 24 heures. Il y a des pharmacies de références qui permettent de toujours proposer du stock. De plus, obtenir le médicament le lendemain ou le surlendemain ne change rien à l'urgence. Toutefois, il faut travailler pour que les traitements soient facilement accessibles. De plus, un patient en oncologie aura besoin d'autres médicaments.

### Sur les personnes précaires

**Q (Ve) :** Il aimerait la confirmation que les auditionnés sont contre l'ensemble du projet, notamment contre l'alinéa 4 ou si le PL serait acceptable sans les alinéas 2 et 3. **R (M. Lafaix) :** Il existe des pharmacies qui remettent des médicaments à l'Hospice. De plus, il existe un réseau qui s'appelle les *Pharmaciens du cœur*. Toutefois, il serait bien d'améliorer le processus ou d'en créer un nouveau avec tout le monde. Par ailleurs, les personnes en précarité ont besoin d'une proximité pour aller chercher leurs traitements.

**Q (Ve) :** Etes-vous aussi opposés à l'art. 114 A al. 1 ? **R (M. Lafaix) :** Non, car la remise de médicament est pour les professionnels.

**Q (Le même député Ve) :** L'art. 116 ne doit pas non plus poser de problème, car c'est la suite ? **R (M. Lafaix) :** Il confirme.

**Q (S) :** Il aimerait des détails sur l'inter-professionnalité. Quel projet pourrait éviter les dérives ? De plus, est-ce que le débat a changé avec l'apparition de la COVID-19 ? **R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** L'inter-professionnalité et la communication en santé se basent sur plusieurs axes, notamment la communication entre professionnels pour avoir connaissance des données et partager les informations, car le patient se situe au centre du processus. Il faut que les informations soient claires pour que le patient puisse être autonome et que sa motivation soit entretenue. Toutefois, il ne faut pas infantiliser la personne. Il y a une volonté de travailler ensemble avec un échange d'informations et des compétences diverses pour améliorer la qualité des soins. Par exemple, en EMS, les médecins, les soignants et les pharmaciens travaillent ensemble pour apporter différentes visions. La

meilleure prise en charge pour le patient est recherchée. **Concernant, la COVID, les compétences des pharmaciens ont été élargies avec la participation aux testing.** De plus, la directrice de l'OFSP disait s'être rendu compte de l'importance du réseau de pharmaciens dans une situation de pandémie. Tous les prestataires de soins doivent apporter leur soutien et un pharmacien peut faire de la prévention. Comme avec le démarrage du programme de dépistage du cancer du colon avec les pharmaciens. Ces axes sont connus et seront renforcés par l'OFSP.

**R (M. Lafaix) :** *L'académie suisse des sciences médicales (ASSM)* a mis en place un **prix inter-professionnalité en 2021**. Pour entrer dans la mise au concours, il fallait une collaboration interprofessionnelle, ce qui a été fait pour la COVID avec *Covimad*. C'est donc un très bon exemple de l'inter-professionnalité.

**Q (EAG) :** Elle craint qu'il y ait eu un malentendu. Elle pense que le député Ve parlait de l'**art. 114 A** et que le commentaire de M. Lafaix portait sur l'**art. 114 alinéa 1** alors que ce sont deux choses différentes. Elle lit le commentaire de l'art. 114 A al. 1 pour que tout soit clair. **R (M. Lafaix) :** Il répond qu'en effet, il y a eu un mal entendu et effectivement ils sont également contre l'art. 114 A. **R (M<sup>me</sup> Ruggli) :** Elle est surprise que l'administration soit mentionnée, car c'est une procédure autorisée. En effet, **seule la remise est interdite.**

## **6. Séance du 22 octobre 2021 : Audition de M. Jacques Follonier, pharmacien et ancien député**

**M. Follonier** rappelle qu'il **a participé à l'écriture de la loi sur la santé**. Tout d'abord, pour fixer les bases de certaines choses, la pro-pharmacie est quelque chose d'étrange, qui a commencé en Chine il y a plusieurs siècles parce que les médecins ne pouvaient pas être payés s'ils n'arrivaient pas à prouver qu'ils avaient guéri leur patient. À partir de ce moment-là, les médecins se sont dit qu'ils ne pouvaient pas être uniquement les prescripteurs, mais devaient devenir aussi les donateurs des médicaments, pour toucher de l'argent au moment de la guérison de ces personnes. C'est une situation qui a perduré pendant longtemps dans beaucoup d'endroits et qui, à partir de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, a quand même commencé à changer. Il est **devenu évident qu'il fallait séparer le prescripteur du donateur de la prescription. Il reste la Suisse allemande qui continue dans cette voie-là.** Mais on sait que c'est une voie morte qui ne peut pas continuer ainsi. Ceci étant posé, effectivement, on voit bien qu'il y a **quelques exceptions** qui restent, mais ce n'est pas le cas à Genève. **Ce PL**

est un PL qui fait appel à l'émotion, à l'émotion d'une maladie compliquée qu'est le cancer, à l'émotion qu'il y aurait entre le contact du patient et de l'oncologue. Il paraît difficile de faire un PL uniquement basé sur une émotion.

Quand on reprend l'exposé des motifs du PL, il est particulier de voir qu'en fait le **Conseil d'État souhaite légiférer pour justifier une situation illégale. Le département est au courant de cette situation, mais a laissé faire dans le cadre de la sécurité du patient.** C'est un argument qui semble très fallacieux. Dans les impératifs particuliers cités dans l'exposé des motifs, on nous dit que les médicaments sont plus **complexes en oncologie, oui, mais cela est vrai partout ailleurs, dans toutes les branches les médicaments sont devenus plus complexes.** On nous dit également qu'ils sont **fréquemment personnalisés.** À nouveau, c'est le cas dans toutes les autres branches. Ce qui est faux, c'est lorsqu'on nous dit que la toxicité des médicaments a augmenté et donc que la relation entre le patient et son oncologue est plus sécurisante. Il faut se poser des questions. Tout d'abord, **c'est un risque d'erreur qui ne se produit pas lorsqu'il y a plusieurs contrôles.** Lorsque l'oncologue et son patient sont en direct, il n'y a **aucun contrôle possible** et malheureusement l'erreur est humaine. La partie la plus importante qui les concerne, eux, pharmaciens, c'est que le **patient ne dit pas tout à son médecin.** Ils le voient dans la pratique régulière tous les jours. Ce sont souvent pour des motifs futiles, mais les patients ne veulent parfois pas en parler à leur médecin. Ils voient également souvent des patients qui ont une cohorte de médecins, ce qui est compliqué, car pour gérer la chose, effectivement les contrôles des pharmaciens permettent de maîtriser les erreurs.

**Il y a un autre point important : c'est qu'à partir du moment où on autoriserait une spécialisation à délivrer directement des médicaments, cela signifie que l'on fait un pas important vers une collusion avec les laboratoires.** C'est quelque chose qui paraît totalement irréaliste et farfelu, mais cela existe profondément. A partir du moment où il n'y a plus de **barrière entre le fait que celui qui prescrit ne gagne rien et le moment où celui qui prescrit peut avoir un revenu supplémentaire** grâce à cela, il y a un pas, et la **collusion** est quelque chose qui est restée comme un fil rouge dans toute l'écriture de la loi sur la santé à l'époque. Il est difficile de parler d'une **utilité de ce système,** même s'il est en place, parce que **cela ne sert qu'à augmenter les revenus d'une profession qui est déjà largement avantagée.** Il a un souci avec l'**art. 114 al. 4 du PL.** Sur le fond, il n'a aucun problème avec les **patients précaires.** C'est une très bonne chose que l'on s'en occupe. A l'époque, ils avaient fondé « *Pharmaciens du cœur* » afin de

fournir régulièrement des médicaments à toute personne qui en a besoin dans un état précaire. **Il ne voit pas bien ce que cela vient faire dans cet article de loi. À son avis, c'est totalement inutile** parce que cela fait partie du rôle sociétal. Si on veut le faire, il faut être beaucoup plus clair. Le mot précaire est beaucoup trop générique, il devient dangereux quand on le laisse ouvert comme cela. À partir du moment où l'on précise qu'un patient précaire est une personne qui n'a pas d'assurance maladie, on devient plus crédible parce qu'effectivement les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie en Suisse sont des personnes précaires.

En **conclusion, il pourrait être d'accord avec ce PL mais il pense que les oncologues doivent juste prouver leur bonne foi.** On voit dans l'exposé des motifs que l'État travaillerait sur la possibilité de dispatcher des comprimés séparés pour éviter le gaspillage, ce qui peut effectivement être une bonne idée, mais il aurait trouvé beaucoup plus intelligent que les oncologues fournissent une semaine de traitement à leurs patients, et qu'ils le fournissent gratuitement. A ce moment-là, ils auraient vraiment la raison d'avoir ce PL parce que finalement il n'y aurait **aucun enrichissement personnel, mais au contraire une volonté d'économiser et de mieux suivre leur patient.** Si on arrivait à ce genre de choses, cela éviterait ces **pensées malveillantes** qui diraient que derrière tout ça il y a une volonté d'enrichissement. Et puis, il trouve dommageable de parler d'un PL tiré sur l'émotion alors qu'il laisse penser que cela concerne davantage le revenu du médecin concerné. Il est très surpris que le département accepte de légiférer sur une situation illégale. C'est selon lui totalement **incompréhensible.** De plus, il est au courant de la situation. On peut se demander à quel titre il n'est pas intervenu pour faire cesser cette illégalité. Mais non, il la tolère. Finalement, on va ouvrir une porte, car à partir du moment où **l'on accepte cela pour une spécialité, le département ne pourra pas ne pas le faire pour d'autres spécialités. De facto toutes les autres spécialités vont se ruier dans cette brèche.**

### Questions des député.e.s

**Q (PLR) :** Selon M. Follonier, ce PL est l'aboutissement d'une volonté de certains groupes professionnels d'améliorer leurs revenus et il n'y pas d'autres motifs. **Ne pense-t-il pas qu'il y a peut-être des raisons structurelles qui font qu'à un moment donné les oncologues ont réellement été confrontés à des situations difficiles liées à l'évolution des différentes thérapies dans le domaine de l'oncologie** et que le fait d'administrer des traitements directement était pour eux la moins mauvaise solution dans ces situations difficiles ? S'ils devaient constater qu'il n'y a pas

d'autre motif qu'un motif d'enrichissement, cela n'a aucun intérêt de légiférer. **R (M. Follonier)** : Sur le fond, il répondrait oui. Il est vrai que sa présentation a tourné autour de ce que vont ressentir les gens. Mais il admet qu'il y a des cas particuliers et très singuliers qui font **qu'à un certain moment, cela peut être justifiable, mais la loi actuelle le prévoit déjà, donc il n'y a pas besoin de faire une nouvelle loi. La loi permet déjà au médecin de mettre en place et d'instaurer un traitement d'urgence.** Donc dans ce cadre-là, un oncologue aura tout à faire cette possibilité. Par contre, le traitement à long terme sans changement ne devrait pas être à la possibilité de l'oncologue. Il aurait fallu utiliser la loi actuelle pour gérer les problèmes que les oncologues peuvent rencontrer.

**Q (Le même député PLR)** : S'il comprend bien, dans le fond, ce PL n'est pas la bonne réponse à un vrai problème. **Ne faudrait-il pas réfléchir à la manière de cadrer la pratique de l'oncologie pour permettre l'administration de traitement ?** **R (M. Follonier)** : Le PL prévoit que les cabinets médicaux qui voudront faire de la dispensation médicale en oncologie devront quand même avoir un pharmacien référent ou un contrôle de la part du département, ce n'est pas très clair dans l'exposé des motifs. Mais sur le fond, **ce que le député PLR explique ne nécessite pas un PL, mais simplement une bonne discussion** et une mise en place des choses avec une véritable honnêteté de la part des oncologues. Au moment où le patient présente des signes de stabilité et qu'il prend ce médicament régulièrement tous les mois, il aurait été intelligent qu'il y ait une discussion entre le patient et l'oncologue, et éventuellement avec le pharmacien.

**Q (Le même député PLR)** : Il remarque, par rapport à l'**alinéa 4**, qu'il ne s'était pas rendu compte de cela parce qu'au fond rien n'est gratuit. Il pense qu'il faudra reprendre cette question avec le département. **R (M. Follonier)** : Il rappelle que dans le budget annexe, tout est à 0 et c'est une erreur, car **si ce PL passe, il nécessitera un contrôle de l'État et beaucoup de choses complexes, qui ne vont pas coûter 0 francs.** C'est une erreur de croire que cela ne va rien coûter.

**Q (MCG)** : D'après M. Follonier, **on va dans le sens contraire de la médecine actuelle. Donc il a l'impression que ça leur a été vendu comme un progrès sur un domaine très précis**, mais d'après ce que M. Follonier dit, c'est un véritable retour en arrière. **R (M. Follonier)** : Ce n'est pas forcément qu'un retour en arrière, mais il faut prendre les choses dans leur vision générale. En tant que député quand on fait un PL, on le fait sur quelque chose de large, pas sur des détails. **Ce sont des détails qui n'ont pas besoin d'être dans un PL. Mais le danger de ce PL est que l'on ne pourra pas dire à d'autres spécialistes, qui auront les mêmes revendications,**

**qu'ils ne peuvent pas faire de même. On entre dans une spirale, c'est le côté pernicieux de ce PL.**

**Q (PDC) :** Pour revenir à la situation actuelle en Suisse, sachant que la très grande majorité des médecins suisses allemands font cela, est-ce que cela n'entraînerait pas pour les médecins genevois une **tentation de suivre ce qui se fait dans le reste de la Suisse** ? Cela ne va jamais disparaître, parce que c'est un tel revenu pour ses collègues suisses alémaniques qu'il imagine difficilement que cela ne cesse. **R (M. Follonier) :** Il croit vraiment que cela va disparaître, parce qu'il ne pense pas qu'un petit endroit comme la Suisse allemande peut se battre contre la mondialisation. Mais aujourd'hui il y a **trop d'argent en jeu**. Il faut se demander si l'on veut que les médecins deviennent comme les médecins suisses allemands, des épiciers qui gagnent un peu mieux leur vie. À un moment donné, l'Office fédéral devra prendre la décision d'en finir avec cet état de fait, cela s'est fait dans tous les pays du monde, parce qu'il y a les lobbies des médicaments et des laboratoires. Le but de tout ça n'étant pas de faire des économies, mais simplement d'arriver à augmenter ses propres revenus d'une manière qui n'est à son avis pas saine. Le seul problème qu'il voit dans cette configuration, c'est que les oncologues ont déjà pris cet état de fait. Ils demandent que ce soit légalisé parce que jusqu'à maintenant ils le faisaient illégalement.

**Q (PDC) :** Au niveau des traitements, il y a un changement complet de la façon de traiter les gens. Dans votre pratique de pharmacien, y a-t-il un **traitement qui devrait être laissé à la liberté du médecin oncologue** ? **R (M. Follonier) :** Aujourd'hui, quelqu'un qui vient dans une pharmacie reçoit son médicament au plus tard 3 heures après. Donc il ne pense pas que cela se justifie à cette vitesse. Par contre, il y a de nouveaux médicaments, protocolés, ou qui ne sont pas encore admis dans la liste des spécialités, qui peuvent poser problème, par rapport à leur remboursement de la caisse maladie.

**Q (Le même député PDC) :** L'industrie peut donner gratuitement ces débuts de traitement. **R (M. Follonier) :** C'est exactement pour cela qu'il dit que si les oncologues fournissaient ceci gratuitement, il serait d'accord. C'est vrai qu'aujourd'hui c'est réglementé, mais ils voient que quand ils peuvent franchir une ligne et que personne ne va vraiment pouvoir contrôler, il y a des questions à se poser. Ce que l'on pourrait se demander, c'est comment ont fait les oncologues genevois pour être payés. Personnellement, on aurait dû clairement expliquer à ces caisses maladie qu'on était en Suisse romande et pas en Suisse allemande.

**Q (Ve) :** Comment ont-ils fait pour facturer les médicaments ? **R (M. Follonier) :** Il n'a pas la réponse. À son avis, les oncologues y sont

allés au culot. Ils ont dû envoyer des factures comme le font les pharmacies et quand ils ont vu qu'ils étaient remboursés ils se sont dits « pourquoi pas continuer ? ». Il peut comprendre qu'il y a une aide au patient au départ. Mais après, il y a bien une volonté d'enrichissement.

**Q (La même députée Ve) :** Si cela se passe comme ça, et que les médecins ne font pas de l'argent sur le dos des patients qui sont entrain de guérir, **elle ne trouve pas scandaleux de mettre les choses au clair.** **R (M. Follonier) :** Il souhaite apporter une précision sur ce qu'est la LAMal. Aujourd'hui en Suisse, toute personne a une assurance maladie de base. Et la plupart des médicaments sont pris en charge par les caisses maladie. Les exceptions sont très rares, et ne sont que dans le cadre de protocoles. Donc les patients en eux-mêmes ont rarement des problèmes financiers.

**Q (La même députée Ve) :** Elle fait savoir que pour *Assura*, on ne peut pas demander des médicaments à la pharmacie, **il faut payer et ensuite se faire rembourser.** Il y aura un vrai problème pour payer ces médicaments. **R (M. Follonier) :** Dans sa pharmacie, et ce n'est pas la seule, ils ont des accords avec Assura, et à partir de F 200.-, les patients ne paient plus. Et les traitements en oncologie ne sont jamais en dessous de F 200.-.

**Q (La présidente) :** Elle demande à M. Follonier de revenir sur l'aspect du coût de mise en œuvre de ce PL. **R (M. Follonier) :** Il répond qu'en tout cas ce n'est pas 0. Même si c'est F 100.-, il faut le mettre. Il faudra faire des contrôles, des autorisations, etc. Cela a des coûts.

**Q (S) :** Il demande une précision par rapport aux patients précaires et à l'alinéa 4 du PL. **Comment pourraient-ils être mieux pris en compte par les oncologues ?** **R (M. Follonier) :** Cet article traite une problématique beaucoup plus large que l'oncologie. Ce n'est pas spécifique. Mais il faut être clair : toute personne qui est en Suisse, dans un état normal, est soumise à l'obligation d'adhérer à l'assurance maladie. **Si elle n'arrive pas à la payer, l'hospice général prend en charge une grande partie voire la totalité de l'assurance maladie.** Ce n'est pas cette qualité de gens dont on parle qui sont dans un état précaire, mais bien souvent des personnes sans papier, qui sont là de manière illégale et pour lesquelles l'État a prévu des choses assez extraordinaires. C'est dans ce cadre de précarité là, où s'ils n'ont pas accès à une caisse maladie, ils sont dans le devoir de les aider et de leur donner des choses gratuitement. **Si on met cet article, il faut préciser que cela ne touche pas toutes les personnes qui sont au bénéfice d'une assurance maladie.**

**Q (Ve) :** Ce sont aussi des personnes précaires dans le sens que ce sont des personnes, qui, pour arriver à payer la LAMal, font parfois des contrats

avec une **franchise de 2 500 francs** et cela peut aussi entrer à l'alinéa 4. **R (M. Follonier)** : C'est une erreur de la part du canton qui ne devrait pas faire une chose pareille. Aujourd'hui, beaucoup de requérants d'asile par exemple, qui sont chez *Swissrisk*, sont affiliés au travers de quotas. C'est une obligation légale en principe. Mais il y a une exception, pour laquelle cela fait longtemps qu'il discute avec la directrice du système des requérants d'asile pour lui demander pourquoi on ne pourrait pas déroger à cette sacro-sainte idée de mettre des pourcentages, parce que l'on assure les gens chez *Assura*, on les rend vulnérables. Mais ça, c'est une erreur de l'État qui devrait dire « nous prenons les pourcentages des caisses pour lesquelles il n'y a pas de paiement direct ». Et Assura devrait être éliminé de ce choix-là. C'est encore plus vital que lorsque les gens sortent de *Swissrisk* et qu'ils deviennent des requérants classiques, ils gardent cette assurance maladie. Et les pharmaciens n'arrivent pas à leur expliquer comment faire pour changer de caisse, parce que l'État les laisse dans ces caisses maladie.

**R (M. Bron)** : **Il souhaite préciser que ce qui est prévu à cet alinéa 4 n'était effectivement pas pour des personnes qui ont une assurance maladie.**

**R (M. Follonier)** : Aujourd'hui, « *Pharmaciens du cœur* » distribuent et quand ils ne trouvent pas les médicaments, ils facturent à l'État les médicaments qui ne sont pas trouvables. **Donc la situation est déjà sous contrôle, il se demande pourquoi la mettre dans la loi.** **R (M. Bron)** : **Non, il y a des situations aujourd'hui où c'est problématique aux HUG, parce qu'ils doivent donner un certain nombre de médicaments et ils sont mal à l'aise parce que soit ils sont dans l'illégalité soit ils le font dans l'illégalité.** Envoyer les médicaments à la pharmacie du cœur n'est pas toujours possible. Il croit que c'est quelque chose qui est prévu comme un complément. **R (M. Follonier)** : **Dans la mesure où il est précisé dans la loi, que c'est pour les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie, il est d'accord.** C'est une bonne chose.

**Q (La présidente)** : **Est-ce que ce PL pourrait ouvrir la porte à d'autres spécialités ?** **R (M. Bron)** : Ils ont essayé de faire les marieurs pendant de nombreux mois et de nombreuses années. **Et s'ils arrivent avec un projet de loi pour régler un problème de santé dans la communauté, c'est parce que justement il n'y a pas eu d'entente possible.** Ils auraient trouvé cela adéquat de trouver un *modus vivendi*. Certaines pistes avaient été évoquées, mais qui, pour des questions de mises en œuvre avaient été assez vite fermées, car elles demandaient d'avoir des structures communes. Et des pistes qui restaient, elles n'ont pas trouvé l'aval des comités des associations faîtières. Il demande s'il faut se contenter de ne rien faire ou s'il faut essayer

de trouver une solution pour ces patients. **Le but n'est évidemment pas de faciliter plus que nécessaire la vie des oncologues, mais de trouver des solutions pour les patients.** Il faut trouver un chemin pour moderniser la prise en charge potentielle de ces patients. **Aujourd'hui, ils ne peuvent pas se passer de ce PL. Il faut avoir le courage d'accepter une modernisation de la prise en charge pour certaines catégories de patients.** Le but de ce PL est de réaffirmer l'interdiction de la pro-pharmacie, sauf dans un cadre extrêmement limité qui correspond à une réalité du terrain. On peut toujours dire que cela va ouvrir la voie à une série d'autres choses, mais ça n'est pas leur intention. Il y a une volonté d'être tolérant sur cet aspect-là, mais sur tout le reste pas du tout. **R (M. Follonier) :** Quelque part, les oncologues ont joué « borderline » et lorsqu'ils vont arriver à avoir ce PL, ce sera une reconnaissance pour eux. Ils ne pourront pas faire la différence avec les autres spécialistes qui vont commencer à facturer directement et qui quand ils se feront prendre, demanderont un PL. Il faudrait trouver un aménagement. Mais il trouve dommageable qu'ils n'aient pas réussi à trouver une solution qui soit viable dans les deux camps. **R (M. Bron) :** Il insiste sur le fait que lui aussi trouve cela dommageable. Ils voient chaque année cette érosion de l'interdiction de la pro-pharmacie dans les statistiques d'assurance-maladie. Si l'on veut pouvoir lutter contre cette érosion, il faut pouvoir dire que dans ce cadre-là c'est permis, mais pour tout le reste, c'est strictement interdit.

**Q UDC) :** Ce qu'ils ont entendu de la part **d'associations professionnelles**, c'est qu'un courrier leur avait été adressé, les informant de ce PL et leur demandant s'ils avaient des remarques. Elles ont fait des propositions, mais aucune n'a été retenue, donc dire qu'il y a eu de multiples réunions c'est complètement faux. Cela ne s'est pas du tout pas passé comme M. Bron l'explique. **R (M. Bron) :** Il conteste absolument les propos du député UDC. Il peut montrer les mails. Ce n'est pas faute d'avoir essayé, ils ont créé des groupes de travail, qui malheureusement n'ont pas abouti à grand-chose.

**Q (PDC) :** Les discussions entre les pharmaciens et les médecins oncologues datent depuis 15 ans. Si les négociations n'ont jamais abouti à quelque chose d'efficace, c'est parce que les oncologues ont toujours refusé toute collaboration avec les pharmaciens. **Ce PL, c'est comme si l'on disait que les cyclistes ne respectaient pas les feux de circulation, alors il faut les laisser clignoter en orange.** C'est regrettable. Encore récemment, le canton **d'Argovie** a refusé une motion (**voir Annexe**) qui voulait introduire la pro-pharmacie. Enfin, il aimerait signaler qu'à **Lausanne**, qui est un centre de référence en oncologie, la **pluridisciplinarité est de mise** : la médecine naturelle et les pharmaciens sont inclus dans la prise en charge du patient.

Les médicaments prescrits par le **CHUV** sont dispensés par les pharmaciens de la pharmacie polyclinique. Il y a eu effectivement des négociations, mais cela fait des années. Malheureusement, il n'y a jamais eu de suite de la part des oncologues genevois. **R (M. Follonier) : Il rappelle de prendre bonne note de la remarque de M. Bron concernant une non-possibilité pour d'autres spécialités d'entrer en jeu. Il vaut toujours mieux trouver un bon arrangement qu'un mauvais PL.**

#### **7. Séance du 5 novembre 2021 : Audition de Pierre-Yves Dietrich, professeur ordinaire de la Faculté de médecine à l'UniGE et médecin-chef du Département d'oncologie aux HUG**

**M. Dietrich** souhaite présenter le contexte de ce qui se passe actuellement en oncohématologie avec une **rapidité de développement unique** de ce domaine en médecine. Depuis 20 ans, une compréhension de la maladie cancéreuse évolue et la réponse de l'organisme à la maladie est de mieux en mieux comprise. **Ces évolutions ont amené un développement thérapeutique sans précédent et d'un développement d'un certain nombre de médicaments ainsi que de traitements avec une grande évolution exponentielle.** Il est plus simple de cibler les cellules tumorales, car les thérapies ciblées trouvent les talons d'Achille des cellules cancéreuses. Le renforcement immunitaire montre des progrès thérapeutiques importants. **Les médicaments s'adaptent chaque année, car il y a entre 20 et 30 nouveaux médicaments ou stratégies de traitement par an.** Environ 300 molécules sont dans le quotidien dont une centaine de médicaments oraux à ingérer. **La caractéristique de ces médicaments c'est une faible marge thérapeutique.** Ce sont donc des **médicaments très puissants, mais aussi dangereux et difficiles à manipuler qui nécessitent une expertise spécifique.** La grande difficulté réside dans le **choix thérapeutique** ainsi que le **moment de la prise du traitement** plutôt que dans la manière de donner les médicaments. La prise en charge des patients est étalée régulièrement entre 5 et 20 ans. Lors du choix, le parcours personnel doit être pris en compte ainsi que d'autres problèmes. **Cette difficulté est un enjeu de la médecine oncologique, même plus encore que l'administration technique du produit.** C'est une bonne nouvelle, car il y a eu des évolutions ce qui demande une réorganisation sans parler des aspects économiques. Cette proposition de loi a certainement été longuement réfléchi, car apparemment la loi actuelle ne correspond pas à la pratique. Par exemple, les traitements per os sont parfois uniques avec une dose unique. Mais souvent ce sont des traitements, avec leur **agressivité et toxicité**, qu'il faut adapter régulièrement suivant la tolérance et l'efficacité. Dans la majeure partie des cas, il faut **des**

**contrôles et une gestion des effets secondaires réguliers, car la toxicité n'est pas négligeable.** Il y a des médicaments avec des doses variables ce qui demande donc une adaptation constante. Très souvent, il y a une combinaison de traitements oraux et IV. **Un patient va recevoir des traitements oraux certains jours puis des injections d'autres jours,** etc. Il existe donc des schémas déterminés par des études cliniques. Cette loi répond à un besoin important, car elle assure la sécurité et un confort du patient. La sécurité, car ces adaptations nécessitent de connaître les médicaments et d'adapter de manière immédiate après un bilan sanguin. **L'adaptabilité** est importante est facilité par la prescription et l'administration du médicament sur le moment. **L'argument de confort** est le suivant. Un patient très malade va suivre son traitement dans un groupe hospitalier pour recevoir son traitement IV. Ensuite, s'il doit aller chercher à la pharmacie ses comprimés per os, ça sera contraignant pour lui. **De plus, au niveau des pharmacies, il est impossible de garder ces stocks, car les produits coûtent environ 10 000 par mois.** Le patient pourrait donc se retrouver sans disponibilité du médicament. Pour des traitements combinés, ça n'a plus de sens. Les buts de ces traitements combinés sont l'efficacité et la diminution des effets secondaires sans possibilité de s'écarter des protocoles. Ce n'est pas valable pour des traitements simples comme une hormonothérapie, car ce sont des traitements balisés sans problématique d'effet secondaire potentiellement mortels. En revanche, pour les chimiothérapies per os ou les traitements ciblés per os pour lesquels le patient possède une boîte de médicaments à la maison sans accompagnement, est mauvais. Une autre problématique concerne les **assurances** qui refusent d'avancer le prix et donc les patients doivent déboursier des sommes astronomiques ce qui n'est pas possible. Pour des raisons de sécurité, d'adaptabilité, de disponibilité et de souplesse, cette loi est adaptée à la pratique et pose un cadre rigoureux.

### **Questions des député.e.s**

**Q (PLR) :** Cette pratique d'oncologie correspond-elle encore à la pratique d'une prise en charge de A à Z du médecin pour son patient ou y a-t-il un travail qui se fait en équipes dans des **centres multidisciplinaires** ?  
**R (M. Dietrich) :** C'est clairement **l'évolution irréversible et naturelle des choses.** Mais il faut séparer la phase de **prise de décision et celle thérapeutique.** La prise de décision demande systématiquement une discussion multidisciplinaire incluant différentes spécialités médicales et avec, également, des compétences nouvelles de génétiques, de bio-informatiques. **Ces mélanges de compétences** se font seulement avec une compétence de groupe dans un endroit ou organisé en réseau pour

confirmer le diagnostic et choisir la thérapie. Ensuite il y a l'administration du produit qui est ardue, car la complexité des médicaments est énorme. Ce n'est pas essentiel de tout connaître c'est pourquoi il faut des équipes. Toutefois, tout ne doit pas être fait en milieu très spécialisé. Il ne croit plus à la possibilité qu'un médecin seul puisse exercer l'oncologie dans un futur très proche, car le mélange des compétences est requis.

**Q (Le même député PLR) : Est-ce que les oncologues travaillent actuellement avec des pharmaciens ? R (M. Dietrich) :** Il va principalement parler de l'hôpital, car c'est son domaine prédilection. **Les pharmaciens sont impliqués dans tout le processus qualité de la prescription à l'administration.** Actuellement, il y a une application du modèle français qui propose un pharmacien au lit du patient avec l'objectif de la qualité et de la sécurité. Les pharmaciens sont de plus en plus impliqués, mais c'est le modèle appliqué en hôpital. Pour l'instant, ce n'est pas encore le cas dans d'autres infrastructures du canton.

**Q (La présidente) : Est-ce que la pro-pharmacie revient à enlever l'opportunité au patient d'avoir un second avis ? R (M. Dietrich) :** Il ne pense pas, car un second avis est systématiquement donné. Un second avis d'une officine n'apporterait pas de valeur ajoutée dans l'organisation.

**Q (Le même député PLR) : Est-ce que les traitements combinés nécessitent des infrastructures particulières ? R (M. Dietrich) :** Les traitements simples peuvent se donner en cabinet, mais dès que les combinaisons se font, alors tout se complique. **Le nombre de cabinets individualisés se font rares.** L'évolution du cabinet d'oncologue individuel en ville se dirige vers une fermeture. En effet, il n'y a plus d'oncologue qui aimerait commencer ainsi, car il faut un environnement académique pour faire les choix thérapeutiques. Le but est de faire des liens, mais il faut une certaine masse critique.

**Q (Le même député PLR) : Concernant les stocks, si les pharmacies n'ont pas les capacités de stockage, est-ce que les cabinets l'ont ? R (M. Dietrich) :** Le cabinet va choisir les traitements qu'il stockera. Par exemple un cabinet choisira de soigner principalement le cancer du sein avec 3 ou 4 produits et il couvrira 80% des besoins avec ces médicaments. A sa connaissance, un cabinet va gérer ses stocks ainsi.

**Q (Le même député PLR) : Est-ce que les oncologues pourront avancer le prix de ces médicaments ? R (M. Dietrich) :** C'est ainsi que ça se passe dans les structures. Dans les cabinets de ville, ce sont les médecins qui prennent en charge pour se faire rembourser ensuite, mais il n'est pas certain.

**Q (EAG) :** Le PL prévoit de définir certains produits par un règlement d'application. **Comment les produits pourraient être adaptés suivant la clientèle des médecins ?** Par ailleurs, sur les financements des médecins qui pourraient être engagés, elle se demande si le médecin devrait engager une charge couverte par les assurances. **R (M. Dietrich) :** La focalisation sur un certain nombre de produits est sur la liste des produits qui ne cesse d'augmenter. **Le médecin seul choisira dans cette liste les médicaments qu'il souhaite, car il les connaît.** Toutefois ces médecins seuls vont certainement disparaître. Sur les modalités administratives, la proposition de loi les cadre clairement avec un pharmacien cantonal qui endosserait la responsabilité. **Actuellement, les médecins achètent eux-mêmes les médicaments.**

**Q (EAG) :** Elle revient sur la notion d'immédiateté de l'administration qui serait à l'origine de la nécessité que le médecin fournisse le médicament. **Est-ce que cet argument est réel** en sachant que les rendez-vous chez les médecins sont compliqués à obtenir et souvent des reports ont lieu ? **R (M. Dietrich) :** **Une chimiothérapie ne peut souffrir d'aucun retard de consultation.** Si un patient doit être vu, il le sera. D'où les **difficultés à gérer les urgences.** Les reports sont impossibles avec la précision demandée par la chimiothérapie ou d'autres traitements novateurs. Parfois, il y a la compréhension de ce qui se passe chez le patient qui nécessite une adaptation de dose ou autre. **Avec un intermédiaire en plus, la sécurité et la qualité de vie du patient sont perdues.** Par ailleurs, le conditionnement est aussi **une question.** Une boîte contient 28 pièces, mais en milieu hospitalier seules 7 pièces sont données jours pour ensuite voir l'évolution. Il faut donc une souplesse qui n'est pas possible en pharmacie. **De plus, la connaissance médicale du patient et des produits se sont développés très rapidement.** Ce sont les oncologues qui connaissent ces produits ainsi que les effets secondaires et les interactions. Les interactions sont compliquées à gérer et sont encadrées par des protocoles stricts et spécifiques. Toutefois, ces protocoles thérapeutiques sont à disposition des médecins.

**Q1 (S) :** Est-ce que la pratique actuelle est ajustée au PL car des personnes affirment l'inverse ? **R1 (M. Dietrich) :** **La pratique est telle que décrite dans la loi, mais il peut y avoir des exceptions avec des oncologues de ville qui travaillent uniquement avec un pharmacien.** Toutefois, les **stocks** n'étaient pas dans toutes les pharmacies ce qui a créé des tensions entre les pharmaciens. Quelques oncologues continuent de travailler avec des pharmacies de leur choix. Mais sur le plan volumétrique, ce sont peut-être entre 5 et 10%. La majorité de la pratique correspond à la loi. Ensuite, il faut différencier les traitements simples qui peuvent être

comme décrits dans la loi, mais la majorité des traitements sont très complexes notamment avec des combinaisons comme IV – per os.

**Q2 (S) : Quels sont les besoins psycho-sociaux des patients et quels sont les interlocuteurs qui aident à évaluer les cas ? R2 (M. Dietrich) : La prise en charge des patients a radicalement changé, car la société est de plus en plus complexe et la durée de vie est prolongée.** Le but est de défendre les patients cancéreux dans la société. En effet, lorsque la durée de vie est courte, la problématique d'intégration sociétale n'est pas prioritaire. **À partir du moment où il faut vivre avec un cancer ou avec des séquelles, l'intégration des personnes devient problématique à plusieurs niveaux. Un soutien dans ce domaine est un besoin essentiel pour ces patients.** Une réponse essaie d'être donnée avec des mesures intégratives à l'hôpital et avec ce qui se développe à l'extérieur dans la poursuite de l'intégration socio-professionnelle-familiale. C'est un enjeu majeur, car les estimations montrent que 500 000 personnes vivront dans cette situation dans la prochaine décennie. Malheureusement, cette problématique n'est pas prise en compte par la société.

**Q3 (S) : Est-ce que l'égalité de traitement au niveau des droits sociaux des personnes est respectée ? R3 (M. Dietrich) : Dans le domaine LAMal, l'égalité de traitement est assurée. Toutefois les problèmes se retrouvent lorsque les médicaments sont *off-label*.** Tout ce qui va être donné pour des médicaments qui sont validés et reconnus dans une indication, mais qui sont prescrits dans une autre indication. Ces médicaments se retrouvent sous le couvert de l'art. 71 d'une autre loi et à ce moment-là des négociations doivent se faire. En Suisse 90% des cas aboutissent positivement. **Dans certains cas, des patients peuvent être privilégiés.**

**Q (Le même député S) : Que sont les médicaments *off-label* ? R (M. Dietrich) : Les traitements sont seulement classifiés par organe.** Par exemple, si les mêmes anomalies du cancer du sein se retrouvent dans le cancer des poumons alors certains traitements développés pour le cancer du sein seront appliqués au cancer des poumons. Toutefois, les compagnies pharmaceutiques et les pays limitent l'usage du médicament au cancer du sein. Si les études s'accumulent pour dire que ce traitement est efficace pour le traitement du cancer des poumons alors il pourra être utilisé dans le cadre d'un *off-label*. C'est une problématique importante, mais c'est un autre sujet. **Pour l'instant un équilibre et une équité sociale sont assurés.**

**Q (UDC) : Le PL s'adresse essentiellement aux cabinets qui vont disparaître. En institution, le médecin administre le traitement, mais pour le cabinet, les médecins vont délivrer le traitement. C'est le point**

**sensible du PL.** Ces médicaments doivent être suivis et la traçabilité n'est pas assurée par les médecins de cabinet, car ils délivrent uniquement.

**Quelle est la traçabilité des médicaments pour les médecins en cabinet, car les autres points sont réglés ?** Si le médecin en cabinet fait un choix pour l'achat des médicaments, il y a un risque de concurrence des groupes pharmaceutiques pour convaincre les médecins d'acheter leurs médicaments. Il faudrait pouvoir se prémunir de ce risque.

**Comment faire pour les traitements tiers ? Il s'inquiète de l'unification du traitement si le pharmacien ne suit pas tout le processus.** Il signale l'étude *d'Unisanté* qui montre que les patients prennent des traitements alternatifs ou en parallèle. Il faudrait trouver une solution.

Enfin, les médicaments commandés en pharmacie arrivent entre 3 et 6 heures après la commande. **Donc les pharmacies ont une gamme complète de médicaments ce qui n'est pas le cas pour les cabinets. Quant à la prise en charge du tiers garant, ce n'est pas un problème, car dès que les 200.- sont dépassés, tout peut être facturé à la caisse maladie. Le vrai problème réside dans le conseil du médecin, car la caisse maladie va entamer les mêmes démarches que le médecin donc le temps sera exactement le même. Y a-t-il un sens à la limitation du choix de médicament dans un milieu qui est si dynamique ?** Ainsi, ce PL s'adresse seulement aux médecins en cabinets et le milieu institutionnel n'est pas touché.

**R (M. Dietrich) :** Il ne peut pas être l'avocat des médecins qui travaillent seuls, car il ne connaît pas bien le domaine. Dans sa compréhension du PL les institutions sont touchées, comme les HUG, l'hôpital de La Tour, l'hôpital Général Beaulieu et les Grangettes.

**Q (La présidente) :** L'art. 114 A confirme ces dires. **R (M. Dietrich) :** Le médecin possède un champ limité quant à leurs connaissances. Il faut sélectionner suivant les connaissances. **Aux HUG, cela se fait en équipe, mais un médecin de ville soignera seulement les cancers qu'il connaît.** Un médecin peut donc décider de traiter un seul domaine spécifique. Si un patient a besoin d'un traitement spécifique que le médecin n'a pas, il lui fournira ce traitement. Sinon ce serait une faute professionnelle grave. **La réflexion se fait avec un « tumor-board » qui détermine le traitement.** En principe ce traitement est suivi même s'il peut y avoir des exceptions. Sinon c'est une faute éthique. Ensuite il doute de la souplesse et de la rapidité des pharmacies évoquées. Il n'a pas cette expérience pour des médicaments à ces hauts coûts.

**Q (UDC) :** Il aimerait obtenir une **confirmation sur le sujet du tiers garant.** **R (M. Dietrich) :** Il ne sait pas, car il n'est plus confronté à cela aux HUG. Mais il espère que c'est ainsi.

**Q (Le même député UDC) :** **Les médicaments des HUG sont-ils bien pris à la pharmacie centrale et non pas l'oncologue lui-même ?** Donc le PL sur la pro-pharmacie concerne essentiellement les médecins en cabinet, car les HUG ont une pharmacie internalisée. **R (M. Dietrich) :** Le pharmacien hospitalier négocie les prix et choisit les génériques.

**Q (Le même député UDC) :** **Il signale donc la vraie différence entre le médecin en cabinet et le pharmacien hospitalier.** **R (M. Dietrich) :** Il concède qu'il y a des différences, mais il ne pense pas que ce soit autant tranché que cela. Il invite la Commission à auditionner un oncologue de ville, car il n'aimerait pas mal le défendre.

**Q (Un député PDC) :** Il n'y a aucune raison de changer la loi. Les HUG ne seront pas impactés. De plus, les cliniques bénéficient d'assistances de médecins-conseils. Par ailleurs, si la loi était changée les oncologues de ville ne pourraient plus offrir les traitements avec la même sécurité que dans les cabinets spécialisés ou les HUG. Les patients passent par des périodes de doutes et d'interrogations et se tournent vers des médecines complémentaires qui seront délivrées par les pharmaciens. **En excluant le pharmacien ou le médecin traitant, un risque d'erreur d'interaction est pris et donc une perte de sécurité.** **R (M. Dietrich) :** **Les HUG ne travaillent pas dans une bulle. Le travail de l'oncologue est de mettre le patient en confiance et de savoir quels autres médicaments il prend déjà.** Le listing systématique des autres médicaments et des interactions est particulièrement important dans le domaine de l'oncologie. Entre 50 et 60% des patients prennent d'autres choses, le rôle de l'oncologue est de mettre le patient à l'aise pour entamer une discussion. **Les dialogues avec les médecins traitants se font même s'il peut y avoir des exceptions. Il ne voit pas ce que le passage en pharmacie pourrait changer.** Le pharmacien qui vend un produit naturel à un patient en traitement oncologique devrait alerter l'oncologue. Il faudrait une interaction et il espère que l'informatique réduira ces problématiques. Pour réguler ce risque, l'enseignement doit être correct et le patient doit se sentir en confiance. Mais il y aura toujours des choses cachées.

**Q (Le même député PDC) :** **Est-ce que les médecins traitants ou les pharmaciens sont invités dans les « tumor-boards » ?** **R (M. Dietrich) :** Il répond que oui pour les médecins traitants. Ils sont toujours bienvenus, mais ils ont un emploi du temps chargé. **La plupart du temps le médecin est intégré dans le processus. Certains médecins collaborent complètement dans cette situation, d'autres abandonnent la prise en charge.**

**Q (Un autre député PDC) : La pro-pharmacie est interdite à Genève. Ce projet permettrait de régulariser ce qui se passe déjà en oncologie. Pourquoi faudrait-il empêcher d'autres médecins de faire la même chose qu'en oncologie alors que les conditions sont les mêmes ?**

**R (M. Dietrich) :** Cette question ne fait pas partie de son domaine de réflexion. **Il existe une complexité thérapeutique en oncologie qui ne peut pas être égalée.** Il existe effectivement des différences importantes dans la pro-pharmacie en Suisse entre cantons. Ce sont certainement des questions d'habitudes et de poids politiques. Il insiste sur le fait que cette loi concerne les grandes structures. En effet, les HUG ont été attaqués de manière véhémente pour stopper cette manière de faire sur la base de la loi. Il a fallu défendre le mode de fonctionnement ce qui a demandé énormément d'énergie et de temps. Suivant la lecture de la loi actuelle, les HUG et les cliniques peuvent aussi être considérés comme hors la loi. Cette nouvelle loi donnerait une sécurité aux grands groupes.

**8. Séance du 14 janvier 2022 : Audition conjointe du Prof. Nicolas Mach, Médecin adjoint responsable d'Unité, Service d'Oncologie – HUG et de M. André-Pascal Sappino, représentant de Genève cliniques Association des cliniques privées de Genève**

Annexe : Dans le cadre des auditions pour le PL 12860, M<sup>me</sup> Jonniaux considère que ce PL ne concerne pas le *programme Patients Partenaires* et qu'il n'est pas utile de les auditionner.

**M. Sappino** a le privilège d'avoir vécu une révolution majeure il y a une dizaine d'années. Il s'occupe de patients cancéreux depuis 50 ans et il y a une dizaine d'années, une révolution est survenue. Il dispose, pour traiter les malades cancéreux, de 150 à 180 types de médicaments différents. **Il y a plusieurs centaines de nouveaux médicaments essentiellement administrés par voie orale qui font partie des pharmacothérapies ciblées.** Entre 100 et 200 de ces molécules vont entrer dans l'utilisation clinique ces prochaines années. **Il y aura un doublement de l'arsenal thérapeutique et c'est une révolution thérapeutique majeure.** C'est une spécialité qui connaît un développement unique de développement médicamenteux. Beaucoup de maladies tumorales aujourd'hui très fréquentes bénéficient de traitements qui s'administrent par voie orale et ceux-ci sont confrontés aux limitations de la législation sur la pro-pharmacie actuellement. **Ces médicaments, contrairement à leur apparence innocuité, sont complexes et ont un spectre important d'effets secondaires dont la plupart sont peu ou mal reconnus.**

Ce sont des médicaments nouveaux et ce n'est qu'après des années d'utilisation que leur spectre de toxicité peut s'évaluer. **Les oncologues sont confrontés à la situation difficile d'avoir des traitements qui sont plus aisés et devraient en principe pouvoir être distribués par les pharmaciens, mais qui ont un spectre de toxicité extrêmement important et pour lesquels une vigilance rapprochée est indispensable.** Avec les prévisions numériques susmentionnées, c'est une tâche que les pharmaciens ne pourront pas assumer. En tant que prescripteur régulier et travaillant dans une clinique privée après avoir travaillé près de 30 ans dans l'institution publique genevoise, la possibilité de pouvoir distribuer ces médicaments directement au sein des structures dans lesquelles il travaille est indispensable pour assurer la sécurité de leur administration.

Il est difficile d'imaginer que les pharmaciens puissent être véritablement informés du spectre des effets secondaires qui ne peuvent être évalués qu'en surveillant les patients de façon très proche. Ce sont les arguments qui plaident pour une modification de la législation sur la pro-pharmacie. **Il faut imposer une surveillance étroite. Le fait de pouvoir administrer des traitements anticancéreux par la bouche fait qu'on aurait envie de banaliser ces traitements, mais ce sont des traitements complexes à maîtriser.** Ces médicaments innovateurs ne sont jamais disponibles dans les pharmacies sans un **délai de plusieurs jours** voire semaines et c'est un problème très complexe pour des maladies tumorales, tant sur le plan pratique qu'émotionnel pour les patients. **Il évoque un dernier problème économique : dans certaines pharmacies, on exige un paiement en avance.** Or, la plupart de ces médicaments sont onéreux et une série de patients ne peuvent pas les assumer.

**Législation actuelle n'est pas adaptée à la situation.** Il a le malheur de vivre la situation d'un patient souffrant d'une maladie tumorale et il doit bénéficier d'un traitement qu'on administre par voie orale. Il a donc aussi le point de vue de l'utilisateur dans cette situation délicate. **Ce sont des médicaments qui ne sont pas dénués d'effets secondaires.** Ils nécessitent une surveillance hebdomadaire. Il comprend d'autant plus ce que les patients ont à subir en termes de surveillance avec ces traitements apparemment allégés par rapport aux chimiothérapies traditionnelles. Cette expérience humaine ne fait que conforter son opinion dans ce domaine. Il est content de savoir que son oncologue peut lui fournir les médicaments de semaine en semaine en adaptant les doses en fonction de la toxicité en examinant ses examens sanguins. **Cette surveillance est impensable à confier aux collègues pharmaciens.** Ces éléments-là vont imposer une modification législative pour faciliter la délivrance de médicaments au sein des structures

hospitalières. Dans les prochaines années, l'oncologie privée ne pourra plus être pratiquée en dehors de centres accrédités. Il y aura une structure-mère avec une série de satellites constitués soit par des antennes de la structure gouvernementale, soit par des structures privées. Une réorganisation des soins oncologiques va reposer sur des structures hospitalières.

### **Questions des député.e.s**

**Q (La présidente) :** Elle comprend que M. Sappino propose une structure intermédiaire. **R (M. Sappino) :** Il répond par l'affirmative. Il faut se situer dans la dynamique des modifications importantes qui vont s'accroître dans les années à venir. Il a de la peine à imaginer que l'oncologie puisse être pratiquée à terme en dehors de structures hospitalières formelles. La génération des oncologues qui s'installent en solitaire est terminée. Les oncologues vont s'installer en groupe et en général au sein de structures hospitalières. Ils seront obligatoirement associés à des pharmacies hospitalières.

**Q (La présidente) :** Est-ce que M. Sappino fait référence aux **tumor boards** ? **R (M. Sappino) :** C'est le diagramme complet. L'accréditation est une procédure bien connue pour les laboratoires, mais et cela va devenir une pratique clinique. C'est une garantie pour la population et les médecins de prestations conformes aux bonnes règles médicales de la spécialité. Chaque situation de patient souffrant par exemple de cancer de la prostate est actuellement discutée dans un **tumor board** qui réunit tous les spécialistes pour prendre une décision concernant le patient donné. **Aucun traitement n'est mis en route sans l'aval de cette consultation pluridisciplinaire.** On centralise et on uniformise la prise en charge thérapeutique complète de ces maladies. **Le pharmacologue ou le pharmacien fera partie d'office des tumor board car avec la multiplication de ces traitements, il y a des bouleversements importants et c'est pour le bien de beaucoup.** Quand il a commencé son métier, il y avait deux médicaments pour traiter la maladie dont il souffre aujourd'hui. Il y a aujourd'hui une vingtaine de médicaments à disposition. Il vit donc une vie normale grâce à ces avancées médicales.

**M. Mach** travaille aux HUG dans le service d'oncologie et il est co-responsable du centre des cancers qui gère les **tumor boards**. **Il fait partie de la commission qui planche sur cette modification de la loi depuis 2017 et qui a eu de nombreuses réunions afin de développer l'outil le plus performant possible. On est dans une situation où les oncologues et les oncohématologues pratiquent déjà de la pro-pharmacie depuis de nombreuses années de façon hors la loi et avec une excellente prise en**

charge, que ce soit dans le privé ou dans le public. Il y a des centaines de médicaments différents qui sont extrêmement pointus et on les donne de façon combinée. Cette pratique nécessite une logistique, une prise en charge et des outils qui sont des protocoles médicaux infirmiers qui sont déjà implémentés et qui fonctionnent bien. Il s'agit donc d'adapter la loi plutôt que de contraindre les médecins à changer une pratique qui fonctionne bien. **La valeur ajoutée des conseils que va donner pharmacien qui reçoit une prescription d'un médicament qu'il n'a jamais délivré sera différente de ce qui se fait actuellement lorsque les médicaments sont délivrés et prescrits par une équipe professionnelle et multidisciplinaire qui intègre des structures affiliées à des hôpitaux ou des cliniques privées.** Les patients veulent des traitements ambulatoires, mais il y a une contrainte énorme de surveillance et des risques qui sont actuellement très bien pris en charge par les spécialistes des tumeurs.

**Q (PDC) : La pro-pharmacie ne date pas d'aujourd'hui. La collaboration existe dans les centres spécialisés. Il n'y aura bientôt plus de possibilité pour l'oncologue lambda de dispenser seul dans son coin des chimiothérapies et c'est pour cela qu'il ne faut pas que la loi soit modifiée. La loi sanitaire actuelle prévoit déjà la possibilité de dispenser les médicaments quels qu'ils soient à l'art. 116, al. 2. Au CHUV, les médicaments oncologiques sont dispensés par les pharmaciens d'Unisanté et la collaboration est active avec des pharmaciens de ville. Les auditionnés ont confirmé qu'il ne faut justement pas changer la loi parce que les centres spécialisés où règne l'interdisciplinarité utilisent beaucoup de patients. L'intervention du pharmacien doit rester présente pour donner toutes les interactions et effets secondaires qui peuvent se produire. Ce PL ne concerne pas les auditionnés, car ils travaillent dans des structures où ils peuvent dispenser les médicaments oncologiques. Il revient sur les propos de M. Sappino qui a déclaré qu'il faut une semaine pour que les patients obtiennent leurs médicaments en pharmacie. Le médicament est obtenu en général dans les 12h à 24h. R (M. Sappino) :** Il souligne qu'il a vécu une expérience personnelle où ce n'était pas comme ça.

**Q (Le même député PDC) : Il est faux que les patients doivent payer leurs médicaments. R (M. Sappino) :** Il n'a pas cité cela comme étant un élément de première importance. La complexité des traitements multiples aujourd'hui rend l'intervention du pharmacien dans la délivrance de la pharmacothérapie anticancéreuse complètement obsolète.

**Q (Le même député PDC) :** Même si les pharmaciens n'ont pas toutes les compétences sur toutes les molécules, il faut pouvoir collaborer. C'est l'intérêt de l'interdisciplinarité. **R (M. Sappino) :** La pratique de ces

**dernières années n'est plus compatible avec l'évolution de l'oncologie moderne.** Il parle ici de l'oncologie. Dans les cliniques privées, ils s'alignent sur les protocoles définis par l'institution hospitalière. C'est l'exemple même que cette **multidisciplinarité** doit se faire selon certaines normes. Il faut donc changer leur façon de faire.

**Q (Un autre député PDC) :** C'est pour cette raison que les oncologues privés ne devraient pas non plus pouvoir dispenser de manière seule et isolée dans leurs cabinets. **R (M. Mach) :** Il avait l'impression d'être hors la loi en faisant de la prescription ambulatoire de médicaments. Le système actuel est performant. **Il craint que si des médicaments sont prescrits et délivrés par des pharmaciens qui n'ont pas l'habitude et l'expertise, on perde de la compétence et on fasse courir des risques aux patients. En ne modifiant pas la loi, on pourrait faire courir un risque à la population genevoise.** **R (M. Sappino) :** Il partage entièrement l'avis de son préopinant.

#### **Intervention du département suite à la demande de la présidente :**

**(M. Bron) :** Un hôpital a le droit de donner des médicaments, mais ça ne veut pas dire qu'il a le droit de remettre des médicaments lorsqu'il y a un traitement ambulatoire au-delà de la tolérance de 48h. Lorsqu'un suivi au long cours qui est fait par établissement hospitalier public ou privé et qu'il y a une délivrance de médicaments pour tout un traitement ambulatoire, on n'est pas dans le cadre légal usuel.

**(M<sup>me</sup> Vernaz) :** **Quand l'hôpital remet un emballage de 28 comprimés, c'est associé à la médecine ambulatoire est c'est effectivement hors la loi actuellement.**

**Q (PDC) :** Combien de fois l'hôpital a été sanctionné pour remettre des médicaments antiviraux ou oncologiques à des patients ambulatoires ? **R**

**(M. Bron) :** C'est précisément pour cela qu'on propose de changer la loi. Ce n'est évidemment pas adéquat d'interdire cette évolution de la médecine et on ne va pas sanctionner les améliorations de la qualité de prise en charge. **R**  
**(M. Poggia) :** Il est surpris d'entendre le député PDC dire qu'il s'accommode parfaitement avec la situation actuelle, bien qu'illégale, alors qu'il ne pourrait pas vivre avec le fait que la situation actuelle perdure dans la légalité.

**Q (M. Poggia) :** **En quoi la légalité serait source de crainte chez le député PDC ?** **R (Le même député PDC) :** Il rappelle que suite à l'interpellation d'un député, la réponse du Conseil d'État avait été de créer au sein des structures hospitalières une pharmacie type PMU à Lausanne. **La Pharma24 a été créé donc toutes les structures nécessaires à cette collaboration pluridisciplinaire existent.** Il n'y a aucune raison

actuellement que cette structure ne soit pas utilisée. **R (M. Mach) : Cette adaptation de la loi ne concerne qu'une certaine liste de médicaments qui sont particulièrement délicats.** Il y a une liste de médicaments potentiellement dangereux, extrêmement pointus et ce ne sont pas tous les médicaments que tous les oncologues vont administrer de façon diffuse.

**Q (PLR) : L'oncologie qui se fait dans un cabinet isolé est terminée. Le problème, c'est que l'avenir de l'oncologie est dans les centres accrédités en raison de la complexité de l'oncologie. Mais dans les faits, la pratique de l'oncologie traditionnelle existe encore.** Il rappelle la réponse de M<sup>me</sup> Laurencet, présidente du groupe des oncologues à l'AMGe, quand on lui a demandé comment elle voyait la mise en œuvre de cette loi ; celle-ci a répondu qu'aujourd'hui, elle donne les 2 ou 3 jours de premiers traitements aux patients, mais demain, elle pourra les vendre. Il y a aujourd'hui un écart entre ce qui est la pratique de certains oncologues et ce qui est déjà aujourd'hui la pratique de l'oncologie moderne qui permet de répondre aux besoins des patients. **On n'est pas dans le bon débat lorsqu'on oppose la pro-pharmacie et la pharmacie traditionnelle. Le vrai débat est la qualité de l'oncologie et c'est celle qui va être donnée dans des centres multidisciplinaires accrédités.**

**Q (PLR) : Ne devrait-on pas avoir le courage de dire que la pratique traditionnelle de l'oncologie isolée et individuelle n'est plus possible ? Ce serait aussi un incitatif à tous les oncologues de s'inscrire dans la bonne pratique interdisciplinaire actuelle avec des centres accrédités. Autrement dit, ne faudrait-il pas amender la loi afin de circonscrire la pro-pharmacie à des centres accrédités ?** **R (M. Bron) : C'est précisément ce que le PL prévoit à son art. 116. Il n'y a donc pas besoin d'amendement pour ça.** **R (M. Mach) : Dr. Laurencet et peut-être un ou deux oncologues sont encore installés dans des cabinets privés individuels, mais il pense que c'est amené à disparaître pour des raisons de sécurité, d'efficacité et de prise en charge multidisciplinaire.** La grande majorité et l'ensemble des oncologues seront affiliés à des structures de soins, que ce soit un hôpital public ou dans les cliniques privées. Par la complexité de l'oncologie moderne, ces choses vont se faire de façon pluridisciplinaire. Il y aura peut-être dans quelques années une obligation de présenter tous les patients dans des colloques pluridisciplinaires avant qu'ils reçoivent les traitements adéquats ce qui permettra d'avoir une politique du cancer harmonisée en Romandie.

**Q (Le même député PLR) : Il demande à M. Bron de préciser son intervention, car il avait en tête l'art. 114, al. 1 et al. 2. Comment l'articulation entre les oncologues et les centres se fait ?** **R (M. Bron) : Le**

PL prévoit un **art. 116** qui prévoit une autorisation pour autant que le contexte soit favorable et contrôlé par le département. **L'art. 114 ouvre la possibilité et l'art. 116 dit à quelles conditions.** Un cabinet est une institution de santé.

**Q (UDC) : Il s'inscrit en faux sur les délais d'obtention des médicaments oncologiques. Il n'y a pas des semaines d'attente pour les patients.** L'intérêt du patient est reconnu au niveau mondial comme nécessitant **l'interdiction stricte de la pro-pharmacie car ça a été accompagné de problèmes financiers importants entre les médecins et l'industrie pharmaceutique.** Ce sont des médicaments à marge faible donc il n'y a pas d'enjeux financiers. L'intérêt du patient dans le monde entier est de supprimer la pro-pharmacie et on arrive très bien à soigner des cancers ailleurs sans la réintroduire. **Pourquoi serait-on les seuls à prendre la voie strictement inverse ?** Il faut **distinguer la délivrance, la prescription et l'application.** Personne n'empêche un médecin d'appliquer son traitement dans le cadre d'un *tumor board* mais la loi va permettre aux personnes qui exercent en cabinet privé de délivrer des médicaments qu'elles n'ont pas la compétence de délivrer et c'est contre-productif. Il n'y a que dans quelques cantons de Suisse que la pro-pharmacie est pratiquée et tout le monde l'a bannie pour les risques qu'elle représente pour les intérêts du patient. Il y a des médecins qui ouvrent les boîtes, ce qui empêche une traçabilité des lots, et qui donnent des parties de boîtes dans des sachets. On voit bien que ce bricolage ne fonctionne pas, mais le bricolage qu'il y a dans les cabinets oncologiques n'existe pas en pharmacie. Il a bien entendu les auditionnés exprimer à quel point ils trouvent que les pharmaciens sont incompetents et il s'élève contre cela au regard des 6 ans de pharmacologie et des 5 ans de doctorat que font les pharmaciens. Il estime que le fait de réintroduire la pro-pharmacie à Genève revient à aller à l'encontre de l'intérêt des patients.

**R (M. Mach) :** Actuellement, le système fonctionne. Il ne doute pas que les pharmaciens font des études très longues. En oncologie, il y a un développement incroyablement complexe et difficile qui nécessite une expertise. Le système genevois fonctionne très bien avec une organisation qui est très proche du patient. Il estime qu'il est dangereux de modifier la pratique en cours.

**Q (PDC) : Est-ce que le canton de Vaud a prévu de modifier la loi ?** La loi actuelle à **l'art. 116, al. 3** prévoit déjà ce qu'ils prévoient de changer dans la nouvelle loi. Il n'y a pas besoin de changer la loi. La modification de la loi reprend les alinéas de l'art. 116. Si le département veut changer la loi avec **l'art. 114** spécialement pour l'oncologie, c'est **inapproprié, car, demain, les rhumatologues viendront dire qu'ils en ont aussi besoin.** Il

n'y a pas besoin de l'art. 114, car l'art. 116 permet déjà aux centres spécialisés de dispenser les médicaments. **En quoi l'oncologie doit faire l'objet d'une modification de la loi, car d'autres spécialités pourraient revendiquer la même modification ? R (M. Sappino) :** Il n'existe aucune spécialité qui se trouve confrontée à un déferlement de nouvelles molécules dans les échelles que connaît l'oncologie. Cela complexifie considérablement la situation. Il n'existe, à sa connaissance, aucune spécialité qui puisse aujourd'hui revendiquer un tel accroissement numérique de molécules actives. **R (M. Mach) :** Il ne sait pas dans quelle mesure les rhumatologues sont face à des protocoles qui comportent jusqu'à quatre médicaments différents. Les oncologues doivent être très réactifs en fonction des effets secondaires qu'ils risquent d'observer. La réflexion du groupe de travail a été approfondie et elle était de restreindre la loi actuelle pour les médicaments et les pratiques spécifiques de l'oncologie et de l'oncohématologie et c'est précisé dans l'article de loi.

**Q (M. Bron) :** Il s'adresse à M. Mach. **Est-ce que dans le canton de Vaud, les pratiques se développent de la même manière qu'à Genève ? R (M. Mach) :** Il ne connaît pas le système de dispensation des médicaments au sein des structures privées ou publiques du canton de Vaud, mais ses collègues vaudois ont une oncologie très performante et ils font face à des dizaines voire des centaines de médicaments qu'ils doivent connaître et gérer. On peut avoir une pharmacie centralisée pour l'ensemble des oncologues qui font de la pratique ou une autre vision plus monopolistique en disant que toute l'oncologie doit se faire dans un seul centre et que tous les médicaments sont gérés par ce centre-là ; il n'est pas sûr que ce soit la vision helvétique de la médecine moderne.

**Q (PLR) :** Il revient sur l'accréditation. **Qui serait l'organisme accréditeur d'un centre multidisciplinaire en oncologie ? R (M. Mach) :** **Au niveau du canton, il y aura une autorisation pour dispenser des médicaments qui n'a rien à voir avec l'accréditation des centres d'expertise et des centres multidisciplinaires.** La loi n'aborde pas du tout l'obligation d'avoir une prise en charge multidisciplinaire et certifiée sur quel type de traitement il faut administrer.

**Q (La présidente) :** **Est-ce que les pharmaciens sont déjà inclus dans les tumor boards ? R (M. Mach) :** Il répond par la négative. **C'est une consultation pluridisciplinaire. Il y a quatorze tumor boards différents aux HUG au sein desquels siègent des spécialistes d'organes.** Les stratégies de traitement sont discutées, mais on ne discute pas de la granularité sur la dose et la prescription.

**Q (La présidente) :** Est-ce que les pharmaciens font partie des *tumor boards* au CHUV ? **R (M. Mach) :** Il ne croit pas que ce soit le cas, mais il n'en est pas sûr. En général, on discute peu de la stratégie de la pharmacologie parce qu'on a une approche pluridisciplinaire sur les outils que l'on peut employer.

### Discussion interne

**Q (présidente) :** Pour compléter les travaux, elle demande si le département peut donner une vision de l'état de la loi au niveau vaudois et de confirmer que la pharmacologie est bien représentée dans les *tumor boards* du CHUV. **R (M. Bron) :** Il peut se renseigner pour la suite des débats.

**Q (UDC) :** Est-ce que la commission pourrait avoir la stratégie employée pour régler cette difficulté par ses collègues européens ?

**Q (PDC) :** Lors des travaux sur *Pharma24*, la commission avait auditionné le professeur de pharmacologie qui était à la polyclinique de médecine et clairement, la pharmacie qui est maintenant *Unisanté* était là uniquement pour les traitements compliqués. Leur but était de mettre au point des stratégies de délivrance de médicaments compliqués, de les tester à l'interne du CHUV et de les déléguer aux pharmaciens de la ville qui le décidaient et le voulaient. *Pharma24* avait été vendue dans le même sens en disant que les professeurs de pharmacologie y effectueraient ce travail et il a l'impression que ça n'a rien donné au niveau genevois. **R (M. Bron) :** Le bilan de *Pharma24* est excellent. Il faudrait examiner plus en détail l'aspect de transfert de connaissances dans la communauté. Ce PL a pour vocation de sortir d'une situation d'ambiguïté. Le but est d'accompagner l'évolution qualitative des prises en charge pour les patients avec un cadre légal clair et dans un objectif qui est celui de revalider, hormis ces exceptions, l'interdiction de la pro-pharmacie.

**Q (PLR) :** Pr. Mach travaille sur ce PL depuis 5 ans. La commission doit être sensible à cet aspect et aller de l'avant rapidement. Il revient sur la question qu'il a posée sur les centres autorisés. Il n'était pour lui pas évident de considérer qu'un cabinet médical était une institution sanitaire juridiquement. Lors du deuxième débat, le département pourrait proposer une formulation plus explicite s'agissant des cabinets médicaux privés et individuels afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur la formulation de la loi. **R (M. Bron) :** Il relève des soucis de systématique. L'art. 116 a une nouvelle teneur qui fait qu'il ne va pas limiter les institutions de santé auxquelles cet article s'adresse. De facto, il introduit pour des hôpitaux ou

des cabinets médicaux une systématique d'agrément pour avoir la possibilité de remettre des médicaments.

**Q (La présidente) :** Est-ce qu'avec la nouvelle loi un oncologue privé devra être affilié à une institution de santé spécialisée pour prescrire ? **R (M. Bron) :** Un oncologue privé dans son cabinet est une institution de santé. En ouvrant le champ des institutions de santé, on ouvre la possibilité de donner des agréments ou non à des institutions de santé pour remettre des médicaments. **R (PDC) :** On est en train de faire comprendre à la commission qu'il n'y a que l'oncologie qui a des traitements compliqués. Or, dans beaucoup de spécialités, les traitements vont devenir de plus en plus complexes. Il faudra s'attendre, si cette loi est votée, à ce que d'autres spécialités fassent recours devant les tribunaux pour avoir la possibilité de fournir leurs médicaments. Il ne faut pas ouvrir une boîte de Pandore.

**Q (PDC) :** Il signale que l'art. 116 nouveau correspond à l'art. 116 al. 2, al. 3 et al. 4 actuellement existant. Il n'y a pas de nouveauté de ce côté-là. **R (M. Bron) :** Le PL supprime l'al. 1 ce qui change tout. Ça ouvre un champ nouveau.

**Q (Le même député PDC) :** Il n'est pas nécessaire de préciser l'oncohématologie à l'art. 114 parce que c'est inclus dans les alinéas 2, 3 et 4.

## 9. Séance du 21 janvier 2022

### Annexe :

A la suite de la demande de prise de position de la commission, *la Ligue contre le cancer* a répondu que le PL ne les concernait pas directement.

### Audition de M<sup>mes</sup> Joy Demeulemeester et Brigitte Kohler de la Fédération suisse des patients, section romande

M<sup>me</sup> Demeulemeester est membre du comité de la section romande de la *Fédération suisse des patients (FSP)*, en tant que bénévole. Elle était journaliste dans la défense des consommateurs et responsable politique de la santé à la *Fédération suisse des consommateurs (FRC)*. Elle s'occupe du sort des assurés et des patients depuis une quinzaine d'années.

M<sup>me</sup> Kohler fait partie du comité de la section romande de la *FSP*. Elle a un parcours en assurance-maladie et accident. Elle est engagée par la *FSP* pour le contrôle des factures et elle a un brevet d'expert en assurance-maladie et assurance sociale.

**M<sup>me</sup> Demeulemeester a été surprise par ce PL car cela fait des années que l'on travaille pour renforcer la position du pharmacien en tant qu'acteur dans le système de santé.** Il y a maintenant la rémunération basée sur les prestations. Tout cela a été mis en place pour se concentrer sur les compétences professionnelles des pharmaciens qui sont complémentaires aux médecins. Avec le dossier électronique du patient, les pharmaciens vont indiquer tous les médicaments. On met tout en place pour faire un super travail d'équipe autour du patient or, faire cette pro-pharmacie, qui est interdite dans la plupart des cantons suisses romands, va à l'encontre de ce travail, **car on court-circuite le pharmacien même si c'est dans une circonstance particulière.** Cela peut faire un effet boule de neige. Elle voit les problèmes que ce PL essaie de résoudre, mais elle pense que d'autres solutions peuvent être mises en place pour pallier les problèmes liés à la difficulté d'obtenir son médicament pas tout de suite via son médecin. Les pharmaciens font de longues études et c'est une porte d'entrée pour les patients. Par exemple, quand elle va chez son médecin, elle prend des notes parce qu'entre tout ce qui se passe, les émotions et les craintes, elle n'est pas sûre qu'elle arrive à emmagasiner toutes les informations. Des études montrent que, lors de la consultation, le patient se souvient de 50% de l'information dont une bonne moitié n'est pas tout à fait juste. Elle souligne l'utilité d'avoir beaucoup d'acteurs autour des patients. Le pharmacien est important parce que c'est une personne avec qui on a un autre rapport.

La pharmacie est un endroit où les gens osent poser d'autres questions. **Le pharmacien ne conteste pas l'avis du médecin, mais il donne un autre éclairage et ça importe pour l'adhérence thérapeutique.** Il faut que le patient soit convaincu de ce qu'il va prendre et qu'il soit en confiance, ce qui a une importance sur le résultat du traitement. Vu le coût de ces médicaments, il est important qu'ils soient bien pris et le pharmacien peut jouer un rôle important. *Unisanté* a mis en place à Lausanne une pharmacie académique et qui distribue les médicaments oncologiques. Ils font tout un travail d'adhérence thérapeutique. Ce n'est pas un luxe d'avoir deux personnes différentes qui offrent ces possibilités-là. Des études disent que beaucoup de gens qui ont un cancer prennent des médicaments naturels à côté notamment pour les effets secondaires. On sait que même dans la phytothérapie, il peut y avoir des interactions avec les médicaments normaux. Elle ne voit pas de meilleur spécialiste que le pharmacien pour discuter avec le patient sur d'éventuelles incompatibilités. C'est le pharmacien qui voit passer pour le patient l'ensemble de ses problèmes de santé et il connaît son parcours. Que ce soit pour le cancer ou d'autres maladies, il faut renforcer le rôle du pharmacien. Avec le vieillissement de la population et la prolifération

des comorbidités, il est plus important que tous les médicaments soient coordonnés. Elle a tendance à préserver le rôle du pharmacien actuellement.

Quand le médecin donne le médicament, il va faire une ordonnance et c'est une étape. Le patient peut aller se renseigner sur internet par exemple. C'est comme un sas où le patient peut prendre conscience de ce qu'est le médicament et y réfléchir. La guérison correspond à plein d'étapes à franchir et le papier d'ordonnance est symbolique. Il est difficile, si on a un moindre doute ou si on n'est pas à l'aise, de le dire à son médecin. Le médecin joue un rôle très important, mais en tant que patient, il n'est pas toujours facile de se positionner et de formuler ses besoins. Elle a travaillé avec l'Organisation suisse des patients qui a écrit un livre et ils ont beaucoup travaillé sur le fait qu'il est très important que le patient puisse formuler ses besoins et ses craintes par rapport à un traitement. Par exemple, il y a parfois des questions esthétiques qui ne sont pas faciles à aborder avec son médecin. Elle est actuellement dans la commission d'éthique du canton de Vaud sur la recherche médicale et elle voit passer des protocoles de recherche sur des médicaments oncologiques qui sont commercialisés. Elle voit dans ces phénomènes de recherche des chercheurs et médecins excellents, mais qui sont aussi pris dans leur recherche. Entre la passion de la médecine et la volonté de faire avancer les choses, l'intérêt du patient est parfois un peu oublié et c'est aussi pour ça qu'il est intéressant d'avoir plusieurs personnes autour du patient.

### Questions des député.e.s

**Q (PLR) : Est-ce qu'elle prétend que le pharmacien est là pour remettre en question la prescription du médecin ?**

**R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) : Le pharmacien est là pour vérifier la prescription du médecin et non pas pour la remettre en question.** Parfois, en raison de la soif de la science et en tant que membre de la commission d'éthique, elle doit intervenir auprès des médecins dans le cadre de recherches pour demander si le patient est vraiment libre de consentir ou pas dans certaines conditions. Le médecin est le grand spécialiste de la maladie, mais le pharmacien a aussi des compétences. Sur les médicaments oncologiques, il faut aller vers des pharmacies spécialisées pour certains médicaments, mais il est important que les pharmaciens puissent vérifier, car les médecins sont des êtres humains peuvent faire des erreurs. S'il a le moindre doute, le pharmacien appelle le médecin.

**Q (Le même député PLR) : M<sup>me</sup> Demeulemeester a fait un glissement vers la recherche clinique. Il demande à M<sup>me</sup> Demeulemeester de**

contextualiser plus précisément ses propos dans le cadre de ce PL. Dans le texte de ce PL, il n'est pas question d'ouvrir la pro-pharmacie à tous les médecins ni de l'ouvrir à tous les oncologues et les oncohématologues. Seules certaines institutions de santé qui auront reçu l'agrément du Conseil d'État pourront être au bénéfice de cette pratique de pro-pharmacie et dans ce cadre-là, les oncologues et les oncohématologues pourront remettre directement les traitements. Quand on parle d'institution de santé, on fait référence à la pratique actuelle de l'oncologie qui est multidisciplinaire avec des compétences multiples qui sont aujourd'hui nécessaires pour pratiquer l'oncologie. À partir du moment où les praticiens eux-mêmes font valoir l'importance de travailler en interdisciplinarité et de pouvoir bénéficier de la pro-pharmacie, il demande si M<sup>me</sup> Demeulemeester pourrait convenir que, dans ces situations précises, une forme exceptionnelle de pro-pharmacie pourrait être envisagée, ou si elle considère que ce serait ouvrir une boîte de Pandore et ne pas respecter les raisons pour lesquelles elle est opposée à la pro-pharmacie. **R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) : Ce qui la met mal à l'aise, c'est qu'on va changer un texte de loi. Dans certaines conditions particulières, les médecins pourront vendre les médicaments. Elle n'est pas à l'aise non plus si elle se met à la place du patient de savoir que c'est la personne qui lui prescrit le médicament qui va aussi le lui vendre, sachant que la santé est un domaine délicat où il y a beaucoup d'enjeux économiques.** Les recherches sur les médicaments oncologiques sont souvent financées par **l'industrie pharmaceutique** et pour cela, elles sont associées aux médecins. Il y a beaucoup de recherches dans les hôpitaux qui sont financées par l'industrie pharmaceutique. Il n'y a pas une indépendance totale. Elle serait plus à l'aise si son médecin qui a participé à la recherche ne peut pas lui vendre ce médicament-là. Elle comprend l'intérêt de créer ce raccourci, mais elle pense qu'on peut trouver d'autres solutions. On voit qu'ailleurs on arrive à mettre d'autres solutions en place. **Elle trouve que ça ne met pas un climat sain entre les médecins et les pharmaciens.**

**Q (S) :** Il n'est pas facile de se faire un avis lorsqu'on est hors de ce secteur d'activité en voyant les intérêts et les inquiétudes des uns et autres. Le pharmacien a un rôle important à jouer et il risque d'être diminué avec ce PL. Par rapport à cette crainte-là, il demande si M<sup>me</sup> Demeulemeester pense que ce ne sont pas seulement les oncologues et les oncohématologues qui rentreraient dans une transaction avec les patients qui n'est pas que médicale et si ça pourrait arriver pour d'autres disciplines médicales. Autrement dit, il demande si on ouvrirait une brèche avec ce PL. Concernant **l'al. 4 de l'art. 114** qui évoque les personnes précaires, il demande si les personnes précaires et les personnes sans papiers ont accès actuellement à la médication

oncologique et si cet alinéa est une garantie nouvelle que ces populations seraient couvertes pour l'administration de tels médicaments dont elles auraient besoin. **R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) : Elle y voit une brèche.** C'est une exception suffisamment importante pour l'inscrire dans la loi. Si elle était médecin, elle estimerait aussi qu'il serait plus simple dans son cas de ne pas passer par le pharmacien. A Genève, il y a suffisamment d'officines et en général, il manque plutôt des médecins dans les régions rurales. Si ce PL passe, le parlement risque de passer encore beaucoup d'heures à faire des exceptions. La réponse n'est pas de faire une exception via la loi, mais de travailler sur le terrain pour mieux amener du lien dans le processus de prescription et d'attribution. En ce qui concerne les personnes vulnérables, elle travaille actuellement comme cheffe de projet dans le département d'action sociale et de santé publique du canton de Vaud. Elle s'est occupée des dossiers de vulnérabilité sociale et de santé. Elle arrive à mettre en place pas mal de choses pour les personnes sans papiers. A Genève, il y a la **CAMSCO** et les **Pharmacies du cœur**. Il y a des choses qui sont prévues. Si les médecins oncologues ont l'impression que ça ne suit pas, il est mieux de travailler sur l'articulation pour que les personnes arrivent au bon endroit plutôt que de changer la loi. **Pour les personnes vulnérables**, il est encore plus important que le pharmacien et la CAMSCO soient dans la boucle parce qu'ils vont pouvoir prendre d'autres accroches. Elle souligne le travail formidable que fait M. Guessous avec les populations vulnérables. Le canton de Genève est pionnier dans ce domaine-là. Beaucoup de choses se mettent en place et dans le contexte du Covid, les pharmaciens ont joué un rôle très important avec la vaccination. Elle laisserait du temps pour améliorer cette dynamique plutôt qu'un changement de loi.

**Q (PLR) : Peut-on expliquer le refus de la plupart des cantons romands de pratiquer la pro-pharmacie ?** **R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) :** Cela doit être culturel étant donné que c'est pratiqué en Suisse alémanique et pas en Suisse romande. Elle ne sait pas pourquoi il y a cette différence-là historiquement et pourquoi les Suisses alémaniques continuent à le faire. Il lui semble que c'est assez ancien.

**Q (PDC) :** La commission de la santé a entendu qu'en ne modifiant pas la loi, on pourrait faire courir un risque à la population genevoise. Du point de vue du patient, **est-ce que la population court plus de risque s'il y a une interprofessionalité et des contacts entre le prescripteur et le dispensateur ou si elle court un plus grand risque si le patient est pris dans une structure dans laquelle il devient captif ?** **R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) :** Elle a compris que le risque pour le patient est qu'il ait son médicament avec du retard. Elle s'est renseignée et elle a

entendu dire que pour certains médicaments en oncologie, ce n'était pas à un ou deux jours près et si c'était le cas, il ne faut pas adapter la loi, mais la pratique sur le terrain. On a de moins en moins des chasses gardées. Il faut apprendre à travailler main dans la main, mais elle sait que c'est compliqué, car il faut un aval de l'assurance avant pour ces médicaments. Parfois, le médecin fait la demande à l'assurance et ça revient. Il faut que l'information arrive au bon moment et au bon endroit, mais c'est d'ordre organisationnel et pas légal.

**Q (PDC) : Est-ce qu'il y a une velléité du département de la santé du canton de Vaud de faire la même chose ? R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) :** Elle est dans le domaine social. Elle n'a pas entendu de velléité de faire cela. Pour avoir travaillé souvent avec M<sup>me</sup> Ruiz, qui dirige le département social et de la santé, elle ne pense pas que ce soit dans sa visée. Elle n'est pas au courant, mais elle pense que ce n'est pas la tendance. Ce changement de loi est contraire à tout ce qui est train de se mettre en place ailleurs.

**Q (MCG) : Est-ce que le CHUV passe systématiquement par des pharmaciens de ville ou passe-t-il au travers de sa pharmacie centrale ? Qu'en est-il dans le canton Vaud et des cliniques privées qui pratiquent l'oncologie ? R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) :** En raison de son parcours de bénévole à la FSP, elle connaît bien la pratique. Le **CHUV** travaille avec **Unisanté** et dans Unisanté, il y a une pharmacie à caractère académique ouverte 24h/24 ; c'est une pharmacie dans l'hôpital. Il y a aussi des pharmacies à l'extérieur qui vendent des médicaments oncologiques. Le CHUV travaille avec la pharmacie qui est dans Unisanté.

**Q (Le même député MCG) : Qu'est-ce qu'est précisément Unisanté ? R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) :** **Unisanté** est née de la fusion il y a 3 ans entre la polyclinique médicale, plusieurs ligues de la santé et la partie académique de la recherche sur la santé. Il s'agit d'une fondation à but non lucratif. Le bâtiment est collé au CHUV, mais ce n'est pas la même direction.

**Q (Le même député MCG) :** Il y a deux structures décentralisées dans le canton de Vaud alors que Genève a tendance à tout centraliser. **R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) :** La Pharma24 est dans la structure des HUG et ce n'est pas si différent au CHUV. L'avantage de Pharma24, c'est que comme c'est académique, ils forment donc ils sont toujours à la pointe de toute la médication qui sort et dans l'habileté à accompagner le patient dans l'adhérence thérapeutique.

**Q (Le même député MCG) :** Il comprend *qu'Unisanté* regroupe un volet pharmacie et d'autres activités qui sont indépendantes du **CHUV**, mais ils travaillent de manière coordonnée. **R (M<sup>me</sup> Demeulemeester) :** Elle

répond par l'affirmative. **R (M<sup>me</sup> Kohler)** : Cette coordination avec la ville existe aussi.

**Q (Un député PDC)** : Il précise *qu'Unisanté* était la polyclinique de médecine qui a toujours été extérieure au CHUV, le but étant de former les médecins au travail de cabinet. La pharmacie d'Unisanté met en place des protocoles compliqués à disposition des pharmaciens qui le veulent bien. C'est ce qu'on voulait aussi avec Pharma24, mais ça s'est brusquement arrêté et rien n'a été fait sur les traitements particuliers. On leur a vendu Pharma24 avec un parallélisme avec la pharmacie d'Unisanté, mais on n'a pas vu venir cette formation sur les traitements particuliers. Si cette loi est votée, la mise à disposition de ces traitements par les pharmaciens formés ne se fera pas.

**Q (S)** : Il a une question sur le concept d'interdisciplinarité et sur les parties prenantes qui pourraient plus s'engager pour régler les problèmes que ce PL soulève. La recherche, les oncologues et les patients n'ont pas les mêmes exigences qui pèsent sur eux. D'autres corps de métiers sont impliqués dans les traitements lourds. Les patients doivent être mieux entendus. Il demande ce qu'on pourrait faire pour ne pas faire de l'administration du médicament le seul enjeu de l'ensemble du traitement que reçoivent les patients. **R (M<sup>me</sup> Demeulemeester)** : **Il y a un changement de culture, car la médecine est compliquée et technique. Du côté du patient, on observe qu'il y a un rôle de plus en plus actif visant à s'informer, à faire des choix et un des instruments est le dossier électronique du patient qui, symboliquement, regroupe les informations des différents corps de métiers.** Ce document appartient au patient qui peut lui-même jouer un rôle de coordinateur. Elle a confiance dans le processus qui se met en place avec le dossier électronique du patient. Elle souligne l'interprofessionnalité dans les cursus de formation de tous les professionnels de la santé. Les nouvelles générations qui arrivent dans la population ont cette habitude de s'appuyer sur les autres. C'est un processus qui est en cours et qu'il ne faut pas arrêter avec des lois.

**Q (Un député PDC)** : Il y a deux programmes pilotes de collaboration entre les pharmaciens et les médecins dans les domaines de l'hypertension artérielle et de la diabétologie.

### Discussion interne

**R (PLR)** : Il n'a pas d'amendement à proposer à ce stade, mais il se pose la question de savoir si la commission doit légiférer ou pas sur cette question en termes de droit médical, notamment par rapport à des différences cantonales. Il demande si la commission a envisagé d'auditionner un

spécialiste, par exemple le Pr Guillot, pour savoir dans quelle mesure l'ambiguïté actuelle d'un point de vue juridique n'est pas une solution idéale.

**Un député PDC partage la complexité du député PLR. Il invite le Conseil d'État et la DGS à retirer ce PL.**

**R (Ve) :** L'entrée en matière sur ce PL n'est pas évidente. S'il n'y a pas d'entrée en matière, il n'est pas sûr que ça fasse sens de prévoir deux heures sur ce PL. Il y a eu suffisamment d'auditions pour procéder au vote.

**R (La présidente) :** Il y aura des points mobiles prévus et à présent, nous sommes aux divers et que nous ne disposons plus que de 5 minutes, les conditions ne sont donc pas réunies pour procéder au vote d'entrée en matière.

**R (Le même député PLR) :** Pourquoi ne pas faire le vote d'entrée en matière ce soir ? Il informe qu'il votera l'entrée en matière.

**R (S) :** Le vote d'entrée en matière ce soir serait logique.

**R (MCG) :** Avant de faire le vote d'entrée en matière, des déclarations de groupe doivent être faites. Il est opposé à procéder au vote d'entrée en matière ce soir.

## 10. Séance du 4 février 2022

### Prises de position

**R (PDC) :** La pro-pharmacie est le fait qu'un médecin se fournit lui-même des médicaments auprès de l'industrie et les vend à son patient. C'était tout à fait faisable dans certaines parties de la Suisse où il n'y avait pas d'accès à des pharmacies. Il y a eu une dérive en Suisse alémanique où quasiment tous les cantons de Suisse alémanique permettent maintenant la pro-pharmacie alors qu'il y a des pharmacies juste à côté du médecin qui vend ses médicaments. Le premier risque est qu'il n'y a pas de contrôle de la part du pharmacien sur les médicaments dispensés et le deuxième risque est une entente avec l'industrie pour obtenir des médicaments à très bas coûts et les revendre au prix de vente habituelle. Et là, il y a une opacité. D'après les auditions qu'ils ont eues, les endroits qui ont besoin de pouvoir donner les médicaments sont des endroits qui ont déjà le droit de le faire. C'est l'art. 116 de la loi actuelle qui le permet. L'hôpital cantonal est un lieu où il n'y a aucun problème puisqu'il y a une pharmacie centrale et des pharmaciens. Il n'y a pas de contact direct entre l'industrie et le médecin. Les cliniques privées font la même chose, elles ont aussi un pharmacien répondant. En oncologie, il y a quelques cabinets médicaux en ville qui donnent les médicaments, mais on leur a dit que ces cabinets vont

disparaître. Il se demande donc s'il faut faire une loi pour quelques médecins en cabinet qui de toute façon vont prendre leur retraite d'ici quelques années. Deuxièmement, un des arguments mis en avant était de dire que **ces traitements sont tellement compliqués qu'ils ne peuvent pas l'obtenir rapidement en ville. Là aussi la loi ne sert à rien, car cela ne change pas d'actuellement. Ensuite, cette modification de la loi ouvre une brèche, car pourquoi permettre uniquement aux oncologues de faire cela. Si on ouvre la porte à ces personnes pourquoi l'interdire pour les autres.** Ce qui est utilisé en oncologie est utilisé aussi par d'autres spécialités. Il y aura automatiquement des recours dans les tribunaux. Donc cette loi ne sert à rien. Les quelques médecins qui bénéficieraient de cette loi vont prendre leur retraite dans maximum 5 à 6 ans. **Le PDC ne votera pas l'entrée en matière.**

**R (Ve) :** Les Vertes et les Verts vont voter **contre l'entrée en matière de ce PL.** Même si certaines auditions étaient intéressantes, ils n'ont pas été convaincus par cette pro-pharmacie. Les éléments les plus **rédhibitoires** sont les risques d'un précédent avec la **boîte de Pandore, mais aussi le risque d'un intérêt particulier avec les industries pharmaceutiques.** Un des arguments centraux qui les pousse à dire non, c'est la collaboration interprofessionnelle entre le médecin et le pharmacien et le principe du double contrôle du médicament. En conclusion, ils ne voient pas d'intérêt à entrer en matière sur ce PL.

**R (M. Poggia) :** Il se dit attristé de voir qu'en fait ce PL n'a pas été compris. C'est sans doute aussi la faute du département d'avoir mis le terme « pro-pharmacie » dans le titre. **L'argument de la boîte de Pandore, c'est faire injure à la politique menée par le département qui vise à lutter contre les coûts de la santé. C'est aussi faire injure au combat qu'ils mènent pour l'intérêt des patients. Lorsqu'il entend que ce PL ne serait ni dans l'intérêt des patients ni dans l'intérêt de la collectivité, il se dit qu'ils ont sans doute raté quelque chose dans les explications pour arriver à ce résultat. Quand on regarde ce PL, on voit d'abord qu'il est clairement rappelé que la pro-pharmacie est interdite. Donc cette loi, avant toute chose, rappelle l'interdiction de la pro-pharmacie. Ils ont toujours considéré que le contrôle du pharmacien est une plus-value et doit être rémunéré. C'est certain. Ils continuent à se battre pour que la collaboration interprofessionnelle soit renforcée. Ce qu'ils ont proposé, c'est véritablement de régulariser une situation de fait. Ils ne créent rien, ils régularisent et mettent en place un contrôle. Aujourd'hui, il y a, dans le domaine de l'oncologie, des médicaments à ce point pointus et changeants qui doivent constamment s'adapter à la situation du patient, qu'il faut qu'il y ait en même temps que la**

prescription, l'information au patient, que seul le médecin traitant oncologue est capable de donner. Le rôle du pharmacien n'a ici aucune plus-value.

Un patient va avec une ordonnance de son oncologue devant son pharmacien qui n'a pas ce médicament dans ses stocks et qui ne connaît pas ce médicament et qui va se borner à le commander avec un délai d'attente pour le patient. Donc ce rôle est nul et en plus, il oblige le patient à supporter un délai d'attente, qui est, en oncologie, une perte de qualité. Il ne s'agit pas de faire une révolution ni de créer une brèche dans le principe de l'interdiction de pro-pharmacie. Il s'agit de faire en sorte que, pour des médicaments qui sont du groupe thérapeutique clairement indiqués dans la loi, les oncologues puissent eux-mêmes les remettre à leurs patients. Initier le traitement en remettant les premières pastilles, le médecin peut le faire, ensuite c'est le passage obligé par le pharmacien. Il a aussi entendu un député PDC dire que de toute façon leur position d'opposition n'était absolument pas justifiée par des intérêts économiques et qu'en fait ces médicaments sont une portion congrue dans l'activité des pharmaciens. On ne voit pas en quoi les oncologues pourraient avoir des intérêts à trouver des arrangements. L'art. 116 précise que les institutions de santé (cabinets médicaux et oncologues) seront soumises à autorisation. Ils doivent obtenir une autorisation. Ils doivent posséder une autorisation cantonale délivrée par le département donc il va y avoir un contrôle, contrôle qui n'existe pas aujourd'hui. Une non-entrée en matière serait pour lui un non-sens.

**R (EAG) : Le groupe Ensemble à Gauche ne votera pas l'entrée en matière.** Elle aimerait rappeler leur attachement à la notion de double regard. Avec ce PL, on perd la notion de double regard. Elle a de la peine à comprendre que l'on n'ouvre pas une brèche dans la pro-pharmacie avec ce PL comme dit M. Poggia, puisque précisément il s'agit d'autoriser certains médecins à la pratiquer. Sur cet élément que M. Poggia qualifie de compéragé, ils comprennent mal comment un médecin pourrait être mieux fourni que la pharmacie en matière de produits nécessaires pour répondre aux besoins de ces patients. Sur la question du risque de précédent, c'est un risque qui pour eux n'est pas audible. Quand M. Poggia dit qu'il s'agit de traitements très pointus, elle ne voit pas quelle contradiction il peut y avoir entre l'explication que le médecin donnerait sur tel ou tel traitement et le fait que le traitement en question soit fourni par le pharmacien. Pour tous ces motifs, ils n'entreront pas en matière sur ce PL.

**R (PLR) :** Il va donner son avis. Les PLR n'ont pas la même lecture de la loi. Il y a probablement un certain nombre d'ambiguïtés dans la formulation de la loi. Il est favorable à la loi. L'évolution de l'oncologie fait qu'aujourd'hui, elle ne peut être pratiquée que par des groupes

multidisciplinaires. La pratique actuelle de l'oncologie fait que seules des équipes multidisciplinaires, dans lesquels il y a différents spécialistes en oncologie, ensemble, doivent accompagner les patients. On est vraiment dans une approche individuelle de l'oncologie. Il faut que les traitements puissent être administrés par les médecins parce que, dans l'évolution au jour le jour du patient pendant les phases particulièrement aiguës qui peuvent durer plusieurs semaines, le traitement peut changer plusieurs fois dans la journée. Ce ne sont pas des traitements expérimentaux. Les médicaments concernés sont ceux du groupe thérapeutique nommé dans la loi. Donc ce sont des médicaments autorisés à la pratique. C'est cette réalité qui existe aujourd'hui qui fait que certains centres sont dans l'illégalité. C'est la raison pour laquelle il considère que ce PL est nécessaire et dans l'intérêt des patients. Il pense qu'ils ont été jusque-là très sensibilisés à l'intérêt du pharmacien, mais il pense qu'aujourd'hui il faut penser à l'intérêt du patient. Il votera l'entrée en matière de ce PL. Il encourage les députés à revoir leurs positions, car il s'agit d'un enjeu majeur.

**R (PDC) :** La loi actuelle permet déjà de dispenser les médicaments dans certains centres et hôpitaux cantonaux. Ensuite, sur le fait que les médecins ne sont pas intéressés financièrement, c'est une fumisterie. Il prend son exemple personnel : chaque année il reçoit entre 50 et 60 000 francs de traitements gratuits pour la rhumatologie. S'il avait le droit de dispenser ces médicaments, il se ferait 50 à 60 000 francs « cash » sur ces médicaments. Il y a une dérive très claire. Il ne faut surtout pas autoriser ce genre de choses. Par ailleurs, lorsque les députés discutent à l'interne sur un PL, le Conseiller d'État ne doit pas être là. Il n'est pas là lui quand le Conseil d'État se réunit. Il y a là un mélange des pouvoirs qui n'est pas sain. **R (M. Poggia) :** Ils ne sont pas dans la commission du contrôle de gestion.

**R (S) :** Le Parti socialiste s'opposera à l'entrée en matière pour les mêmes raisons que les Verts, Ensemble à Gauche et le PDC. Ils ont trouvé les auditions très intéressantes et ils ne nient pas la complexité croissante des missions des oncologues et l'importance de ces centres multidisciplinaires, mais peut-être que l'intitulé de la loi pose problème, peut-être qu'ils n'ont pas suffisamment d'éléments pour être convaincus que la législation actuelle est à ce point problématique pour les oncologues.

**R (Un autre PDC) :** Ils ont entendu *l'association suisse des patients* qui s'est dite surprise par ce PL, qui allait dans le sens inverse d'une interprofessionalité renforcée. Ensuite, les seules choses que leur ont dit les oncologues c'est que ce serait mettre en danger la sécurité publique que de confier la dispensation des médicaments aux pharmaciens. Ils sont là aussi pour voir ce qu'il se passe dans le background du patient et interagir lorsqu'il

y a un problème avec les autres médicaments que prend le patient. A Lausanne, ils agissent différemment. Il y a une médecine oncologique intégrative à Lausanne, qui intègre aussi les médecines naturelles. Il est important que les patients puissent bénéficier de l'interprofessionnalité mais c'est un peu aberrant d'entendre que le pharmacien n'apporte rien et n'a pas de plus-value.

**R (Un autre député PLR) : Le PLR ne votera pas de manière unie.**  
Brièvement, leur lecture de la lettre de la loi ne mentionne pas l'importance du travail multidisciplinaire pour la prise en charge du patient et c'est leur plus grande inquiétude. Où que soit remis le médicament, il est important que cette remise de médicaments suive un processus dans lequel le pharmacien doit être pris en compte. Leur inquiétude est que le PL ne l'indique pas suffisamment clairement. Ils pensent que le texte proposé n'est pas suffisamment clair.

**R (MCG) :** Le groupe MCG, ce qui importe avant tout c'est l'intérêt du patient, c'est le bien supérieur du patient, indépendamment des différences de professions, qui pour eux sont secondaires, même s'il faut en tenir compte, et n'ont pas la priorité. Ils rejoignent tout à fait les points de vue très argumentés du député PLR et également le témoignage du Prof. Sappino, oncologue, lui-même concerné par ce problème et qui les avait enjoint de soutenir le présent PL. **Donc, le MCG votera ce PL.**

**R (Un autre député PLR) :** Il souhaite apporter deux précisions : les traitements concernés par ce PL ne sont pas des traitements expérimentaux, mais des traitements autorisés. La deuxième chose, c'est que ce PL n'est pas du tout en train d'interdire la possibilité de prescrire des médicaments oncologiques à des patients qui pourront aller en pharmacie. C'est une évolution dans une complémentarité. Une dernière chose : il est évident que les équipes qu'ils ont vu traiter des patients oncologiques en ambulatoire. Il ne s'agit pas du tout de la prise en charge hospitalière des malades, mais bien de la **prise en charge ambulatoire.**

**R (Un autre député PLR) :** Dans le milieu hospitalier, la prescription des médicaments oncologiques se fait au sein d'une équipe dans laquelle le pharmacien n'est pas présent. Son but n'est pas du tout de diminuer l'importance du pharmacien, mais il se trouve que dans les prescriptions qui se font au lit du patient, le pharmacien est utile pour la commande et la distribution des médicaments, mais dans le cadre des prescriptions individuelles, il n'intervient pas. Deuxièmement, c'est au fond un argument financier, c'est-à-dire la suspicion que les oncologues puissent avoir des avantages financiers qui empêchent l'entrée en matière du PL. L'aspect financier occulte l'importance du patient. Il a l'impression qu'il y a un

brouillard de notions, en particulier financières, qui vont empêcher ces oncologues de prescrire directement et par conséquent vont induire un certain handicap pour les patients.

## Vote

### *1<sup>er</sup> débat*

La présidente met aux voix l'entrée en matière du PL 12860 :

**L'entrée en matière est refusée par :** 11 NON (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 PLR, 1 UDC), 4 OUI (2 PLR, 2 MCG) et 0 abstention.

## Conclusion

Mesdames et Messieurs, la Commission de la santé a traité ce projet de loi avec rigueur et a consacré de nombreuses heures de travail pour analyser les avantages et les inconvénients sur l'entrée en matière d'un projet loi concernant la pro-pharmacie sur le canton de Genève.

Après de nombreuses auditions, la majorité de la Commission de la santé n'a pas souhaité entrer en matière sur ce projet de loi du Conseil d'État pour plusieurs raisons.

### 1. Risque d'accointance avec les industries pharmaceutiques.

En effet, la pro-pharmacie est le fait qu'un médecin se fournit lui-même des médicaments auprès de l'industrie et les vend à son patient. Le risque est une entente avec l'industrie pour obtenir des médicaments à très bas coûts et les revendre au prix de vente habituelle.

### 2. Risque de la perte du double contrôle médecin-pharmacien.

Avec la pro-pharmacie, le pharmacien n'a plus la possibilité de contrôler l'adéquation des médicaments avec d'autres traitements ou les risques d'effets secondaires avec d'autres médicaments.

### 3. Risque d'ouvrir la boîte de Pandore à d'autres spécialités médicales.

### 4. Il faut développer davantage l'interprofessionnalité entre le médecin et le pharmacien.

5. Si le projet de loi est refusé, il n'y aura pas de conséquences pour les patients précaires. Ils pourront toujours avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, même gratuitement.

6. Ce projet de loi ne va pas améliorer l'intérêt des patients ni l'intérêt de la collectivité.

7. La pro-pharmacie est interdite dans le monde, en Europe, en Suisse, à l'exception de quelques cantons suisses alémaniques.
8. Régulariser une situation de fait en permettant aux oncologues d'initier le traitement n'a pas été un argument convaincant puisque le projet de loi n'est pas clair à ce sujet. Il ne précise pas seulement initier le traitement. Par ailleurs, la commission de la santé considère qu'une pharmacie peut être suffisamment bien fournie en matière de médicaments nécessaires, voire mieux que les médecins, notamment en termes de stocks et de rapidité de remise au patient.
9. La loi actuelle permet déjà de dispenser les médicaments dans certains centres et hôpitaux.
10. La loi actuelle permet déjà au médecin de mettre en place et d'instaurer un traitement d'urgence.

Les prises de position des partis reflètent l'ampleur et la complexité des travaux. La majorité de la commission a conscience de la complexité croissante des tâches des oncologues, de l'importance de ces centres multidisciplinaires et de la systématisation des traitements via les « *tumor boards* ». Cependant, la législation actuelle à travers la loi sur la santé est suffisante. Franchir la ligne de l'ouverture à la pro-pharmacie fait courir de trop grands risques aux patients et à la collectivité en termes de coûts de la santé et de risques d'accointances avec les lobbies pharmaceutiques. Les marges sont suffisamment grandes pour ne pas franchir cette ligne. Le double regard médecin-pharmacien, l'interprofessionnalité et les aspects sociaux sont à prendre en considération de manière sérieuse dans le traitement des patients. Les intérêts économiques sont à mettre de côté, davantage encore dans la prise en charge ambulatoire.

Pour toutes ces raisons, Mesdames et Messieurs les députés, la majorité de la commission de la santé vous recommande de refuser l'entrée en matière de ce projet de loi.

### *Annexes :*

Annexe 1 : Projet de loi 12860.

Annexe 2 : Demande d'audition de PharmaGenève du 3 février 2021.

Annexe 3 : Document Powerpoint « Non au projet de modification LS sur la pro-pharmacie » de PharmaGenève.

Annexe 4 : Interdiction de la pro-pharmacie en Argovie : Grand Conseil Motion 21.163 Motion Hans-Peter Budmiger, Verts-Libéraux, Muri (orateur), Jeanine Glarner, PLR, Möriken-Wildegg, René Bodmer, UDC, Unterlunkhofen, und Arsène Perroud, PS, Wohlen, du 15 juin 2021 concernant l'abrogation de l'interdiction de la délivrance des médicaments par les médecins (pro-pharmacie).

Annexe 4 : Courrier de la responsable du Programme Patients Partenaires des HUG.

Annexe 5 : Courrier de la Ligue contre le cancer.

## **Projet de loi (12860-A)**

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

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 (LS – K 1 03), est modifiée comme suit :

#### **Art. 114      Remise de médicaments à usage humain (nouvelle teneur avec modification de la note)**

<sup>1</sup> La remise de médicaments à usage humain, autres que ceux admis en vente libre, a lieu en pharmacie ou en droguerie, par des professionnels autorisés, conformément aux articles 24 et 25 de la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux, du 15 décembre 2000.

<sup>2</sup> La remise par le médecin traitant (pro-pharmacie) est interdite. Toutefois, les médecins oncologues et hématologues peuvent remettre aux patients qu'ils prennent en charge les médicaments oncologiques du groupe thérapeutique IT 07.16.10 de la liste des spécialités éditée par l'Office fédéral de la santé publique.

<sup>3</sup> Les médecins oncologues et hématologues visés à l'alinéa 2 doivent posséder une autorisation cantonale de remise délivrée par le département. Les conditions d'octroi de l'autorisation et les modalités de remise sont définies par le Conseil d'État.

<sup>4</sup> La remise gratuite de médicaments aux patients précaires est admise sous conditions définies par le Conseil d'État.

<sup>5</sup> Toute autre forme de remise de médicaments est interdite, dans les limites du droit fédéral.

#### **Art. 114A      Administration de médicaments (nouveau)**

<sup>1</sup> Les membres des professions médicales universitaires peuvent, dans les limites de leur pratique professionnelle, administrer les médicaments nécessaires à la réalisation des soins qu'ils sont autorisés à dispenser.

<sup>2</sup> Le Conseil d'État règle l'administration de médicaments par d'autres professionnels de la santé.

**Art. 116 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Les institutions de santé remettant des médicaments doivent posséder une autorisation délivrée par le département.

<sup>2</sup> Cette autorisation n'est accordée qu'aux institutions disposant du personnel, des locaux et des équipements tels que fixés par le Conseil d'État, les compétences de l'autorité fédérale compétente étant réservées.

<sup>3</sup> La remise des médicaments rangés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques dans la catégorie des médicaments en vente libre n'est pas soumise à autorisation.

**Art. 2      Entrée en vigueur**

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

**Piccoli Roberta (SEC-GC)**

---

Objet:

TR: Demande d'audition - PL 12860

**De:** Remi Lafaix <[Remi.Lafaix@pharmageneve.swiss](mailto:Remi.Lafaix@pharmageneve.swiss)>**Objet:** Demande d'audition - PL 12860**Date:** 3 février 2021 à 09:55:39 UTC+1**À:** "[Pierre.Nicollier@gc.ge.ch](mailto:Pierre.Nicollier@gc.ge.ch)" <[Pierre.Nicollier@gc.ge.ch](mailto:Pierre.Nicollier@gc.ge.ch)>

Cher Président de la Commission de la Santé,  
Cher Monsieur Nicollier,

Suite au renvoi devant votre commission du Projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Pro-pharmacie), **nous demandons à ce que l'association pharmaGenève soit auditionnée.**

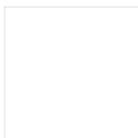
En effet, comme vous le savez déjà, nous nous opposons fermement à la création de cette brèche de pro-pharmacie.

Dans l'attente de notre convocation, nous vous prions de bien vouloir accepter nos salutations les plus sincères, et restons à disposition si vous avez besoin d'autres informations.

Bien à vous,

Rémi Lafaix  
Président pharmaGenève

022 781 76 36



# Non au projet de modification LS sur la pro-pharmacie

Rémi LAFAIX, PharmaGenève  
Martine RUGGLI-DUCROT, pharmaSuisse



## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle

Martine Ruggli-Ducrot, présidente pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens

- ▶ Le plus grand mal du système de santé : fonctionnement en silos → encourager l'interprofessionnalité !
- ▶ Droits et libre-choix du patient partenaire.
- ▶ Pro-pharmacie : à contre-courant de toutes les politiques de santé actuelles !

pharmaSuisse   
Schweizerischer Apothekerverband  
Société Suisse des Pharmaciens  
Società Svizzera dei Farmacisti

## Pourquoi des pharmaciens? Quelles sont leurs compétences? (1/2)

Rémi Lafaix, président pharmaGenève

Profession médicale: 5 ans d'université, titre postgrade obligatoire (2-5 ans) pour diriger une pharmacie, **formation continue obligatoire**.

Compétences requises par la loi: **LPMed: Art 9, a-j** spécifique pour le pharmacien

- ▶ « Connaître et comprendre notamment les bases scientifiques et les dispositions légales concernant la fabrication, la remise et la distribution de médicaments et d'adjuvants pharmaceutiques, l'établissement de la documentation y relative (...) »
- ▶ « Comprendre les **interactions** entre les médicaments et leur environnement; »
- ▶ « Posséder des connaissances complètes sur le recours aux médicaments et aux dispositifs médicaux importants pour leur profession, ainsi que sur leurs effets, leur utilisation et leurs risques; »

## Pourquoi des pharmaciens? Quelles sont leurs compétences? (2/2)

- ▶ « Connaître les thérapies non médicamenteuses les plus importantes pour l'être humain. »
- ▶ « Être en mesure de donner des conseils pharmaceutiques aux membres d'autres professions de la santé et contribuer avec ces derniers à conseiller les patients sur les questions de santé; »
- ▶ « Connaître et comprendre notamment les principes et les bases professionnelles concernant la fabrication, la remise, la distribution, la documentation et l'élimination des médicaments de la **médecine complémentaire**, mais aussi les dispositions légales en la matière; »
- ▶ (...)

**Le patient oncologique a très souvent plusieurs pathologies et plusieurs médecins !**



## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle Soutien du patient! (1/2)

- ▶ Le pharmacien est le partenaire de santé de **proximité** et **accessible en tout temps**
  - ▶ > 320'000 contacts patients-pharmacie en Suisse par jour (2020)
  - ▶ patients chroniques souvent fidèles à une seule pharmacie → **prise en charge complète** du patient
- ▶ Maladies graves: le pharmacien offre une **deuxième oreille** au patient
  - ▶ explications détaillées sur la médication, **conseil**
  - ▶ rôle de **confident** sur sujets tabous (p.ex. traitement psychologique mais aussi pour **tout ce qui touche l'automédication** )
  - ▶ maladie grave → patient souvent isolé face à sa maladie et ses angoisses
  - ▶ **au cours du temps motive à persévérer dans le traitement (adhésion au traitement)**
  - ▶ correspond à la volonté politique d'autonomie du patient - la pharmacie facilite le **libre-choix** du patient

## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle Soutien du patient! (2/2)

- ▶ Le pharmacien est **facilitateur**
  - ▶ préparation, médicaments à la pièce ou commandes ad hoc
  - ▶ commande régulière de médicaments, livraison
  - ▶ pour tous: « remise gratuite de médicaments aux personnes précaires » aussi en pharmacie



## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle Garantir la neutralité économique (1/2)

- ▶ Avantages en espèces ou nature de l'industrie pharmaceutique au médecin peuvent avoir une grande influence sur le chiffre d'affaire
- le double contrôle médecin- pharmacien **garantit** :
  - ▶ **indépendance économique** dans le choix de médicaments
  - ▶ **dispensation motivée uniquement par santé** du patient

## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle Garantir la neutralité économique (2/2)

- ▶ Etudes reconnaissent le problème :
  - ▶ « Les entreprises pharmaceutiques (...) octroient à nouveau des rabais considérables à des hôpitaux ou des médecins qui remettent des médicaments (propharmacie) ou versent des contributions à des fonds scientifiques, des « caisses noires » (...) **ce problème est plus aigu lorsque la prescription et la remise des médicaments sont liées.** » Rapport DFI Enderle 2010
  - ▶ **l'indépendance du prescripteur vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique ne serait plus garantie:** « Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016 : retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases », Bruno Goupil, British Medical Journal 2019 ;367: 16015
  - ▶ un article révélait récemment que **les oncologues n'ont pas intérêt à remettre des génériques pour garantir leur revenu:** Mandy L. Gatesman, Pharm.D., and Thomas J. Smith, M.D., The shortage of essential chemotherapy drugs un the US, N Engl J Med 2011; 365:1653-1655

## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle Pharmacien - formation pointue et continue (1/2)

Professeure Marie-Paule Schneider Voirol, Institut des sciences pharmaceutiques de Suisse occidentale

- ▶ **Formation universitaire 7 - 10 ans**
  - ▶ 5 ans diplôme fédéral de pharmacien + 2 à 5 ans titre FPH pharmacien gérant / responsable + **chaque année formation continue avec points à obtenir** pour maintenir titre FPH
- ▶ Etudiants sont **complètement formés aux nouveaux médicaments** dont ceux de l'oncologie
  - ▶ tous pharmaciens sont formés en continu aux **nouveaux traitements oncologiques** : ciblés et personnalisés
  - ▶ pathologies multiples des patients → interaction entre les substances : **cours complet polypharmacie**
  - ▶ **formation continue** : CAS en thérapies innovantes (universités de Genève et Lausanne)

## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle Pharmacien - formation pointue et continue (2/2)

- ▶ Développement fulgurant de l'**interprofessionnalité** et de la **communication en santé**
  - ▶ **formation interprofessionnelle en prégrade** (Faculté de Médecine, HEdS, Ecole de Pharmacie)
  - ▶ **pratique au quotidien** : assistance pharmaceutique dans les cliniques, hôpitaux - Imad|proximos - Cercles de qualité médecins pharmaciens - vaccinations - Plan de médication partagé - pharma24 pour sortie de l'hôpital et suivi long terme patients
  - ▶ à l'avenir de plus en plus de **compétences de santé déléguées au pharmacien** - l'enseignement évolue dans ce sens pour soutenir le système de santé

# Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle

## Stratégie du Conseil fédéral 2020-2030

Martine Ruggli-Ducrot, présidente pharmaSuisse

pharmaSuisse  
Schweizerischer Apothekerverband  
Société Suisse des Pharmaciens  
Società Svizzera dei Farmacisti

### ↓ coûts de la santé!

~~pro-pharmacie~~

efforts de la Confédération:

- ▶ Renforcer les **soins médicaux primaires**
- ▶ Encourager la collaboration **interprofessionnelle**
- ▶ Améliorer la **sécurité et l'efficacité** des traitements



Policy brief OFSP 2021<sup>1</sup> : appel à plus d'interprofessionnalité en pratique ambulatoire !

<sup>1</sup> Policy brief « Soins ambulatoires », Swiss Learning Health System, « Renforcer la collaboration interprofessionnelle dans le domaine des soins ambulatoires », 2021

# Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle

## pratique suisse et internationale

pharmaSuisse  
Schweizerischer Apothekerverband  
Société Suisse des Pharmaciens  
Società Svizzera dei Farmacisti

- ▶ International: **pro-pharmacie interdite complètement en Europe et dans la majeure partie du reste du monde** - risque de corruption - tolérée si:
  - ▶ médecin n'en tire aucun bénéfice (USA, du coup aucun médecin ne dispense!)
  - ▶ déficits d'approvisionnement (pharmacie la plus proche est trop éloignée)
- ▶ Suisse :
  - ▶ pro-pharmacie établie pour des raisons historiques dans la plupart cantons alémaniques - surtout pratiquée dans les régions rurales où il n'y a pas de pharmacie
  - ▶ politique se dirige vers l'encouragement à l'**interprofessionnalité** et correction des **incitatifs économiques dangereux** (cf. paquet I et II révision de LAMa) et développement du rôle de pharmacien dans des actes de santé pour freiner les coûts de la santé.

## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle ne pas ouvrir la brèche à Genève!

- ▶ PL12860 genevois sur la pro-pharmacie fait marche arrière. C'est le **projet pionnier genevois avec modèle collaboratif et pluridisciplinaire** qui fait sens.
- ▶ Permettre la pro-pharmacie pour l'oncologie, c'est **l'élargir aux autres spécialités médicales** et au reste de la Suisse romande et étendre la pratique de la pro-pharmacie **non sécuritaire et moins transparente**.
- ▶ Solliciter un deuxième avis et avoir le choix du lieu de remise de son traitement est un **droit du patient** inscrit dans LPTH à l'art.26, al.2bis, let.b. et al.3.

## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle exemples à suivre en Suisse



- ▶ Cercles de Qualité à Fribourg ([www.pharmaciesfribourg.ch/cercle-qualite](http://www.pharmaciesfribourg.ch/cercle-qualite))
- ▶ Groupe de travail interprofessionnel «Adhésion aux traitements antitumoraux oraux» des Soins en Oncologie Suisse (SOS) et de la Société Suisse d'Oncologie Médicale (SSOM) ([oraletumotherapie.ch/fr/fiches-informatives/](http://oraletumotherapie.ch/fr/fiches-informatives/))
- ▶ Etude interprofessionnelle en cours : soutien de l'adhésion aux traitements ciblés oncologiques (CHUV et Unisanté)

## Non à la pro-pharmacie - Oui à la collaboration interprofessionnelle

La pro-pharmacie :

- ▶ restreint la sécurité du patient et limite son libre-choix - contre son bien !
- ▶ manque de transparence (pratique, coûts)
- ▶ est contraire aux efforts fédéraux sur l'interprofessionnalité, l'efficacité des traitements et les coûts de la santé

L'interprofessionnalité oncologue - pharmacien :

- ▶ permet l'expertise pharmaceutique de tous les médicaments du patient
- ▶ renforce l'adhésion au traitement du patient - proximité !
- ▶ garantit le double contrôle: sécurité et coûts



pharmaSuisse   
Schweizerischer Apothekerverband  
Société Suisse des Pharmaciens  
Società Svizzera dei Farmacisti

## Grand Conseil

### Motion 21.163

Motion Hans-Peter Budmiger, Verts-Libéraux, Muri (orateur), Jeanine Glarner, PLR, Möriken-Wildegg, René Bodmer, UDC, Unterlunkhofen, und Arsène Perroud, PS, Wohlen, du 15 juin 2021 **concernant l'abrogation de l'interdiction de la délivrance des médicaments par les médecins (pro-pharmacie).**

#### Texte déposé

Le Conseil d'Etat est chargé de modifier la Loi sur la santé de manière à ce que les médecins soient autorisés à délivrer des médicaments et de supprimer ainsi l'interdiction dans sa forme actuelle.

#### Développement

Dans le canton d'Argovie, la délivrance de médicaments par le médecin traitant n'est en principe pas autorisée. Il existe des exceptions en cas d'urgence ou si la pharmacie la plus proche est très éloignée. Le principe est donc que le médecin traitant délivre une ordonnance pour le médicament, qui peut ensuite être obtenu à la pharmacie. Selon la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et la décision du Tribunal fédéral du 23.9.2011, la responsabilité de cette autorisation revient aux cantons.

La délivrance de médicaments par les médecins est autorisée sous diverses formes dans 17 des 19 cantons suisse-alsaciens et dans tous les cantons voisins. En 2013, le Grand Conseil et le peuple argovien ont rejeté une initiative populaire visant cet objectif. Les arguments tels que le « double contrôle » ou « celui qui prescrit ne dispense pas » sont compréhensibles, mais il est problématique si tous les cantons voisins disposent d'un système différent.

Par conséquent, le canton d'Argovie est fortement désavantagé lorsqu'il s'agit d'assurer les soins médicaux de base.

La faible densité de médecins généralistes dans le canton d'Argovie est connue, incontestée et reconnue par l'Office fédéral de la statistique (OFS). De plus, le Département de la santé et des affaires sociales peut démontrer que statistiquement les régions périphériques sont nettement plus touchées ; certains districts n'ont que la moitié de la densité de médecins généralistes par rapport à la moyenne cantonale déjà faible. Il est presque impossible de trouver un médecin de famille ou un pédiatre dans la région ; pour cela il faut souvent se rendre dans des endroits éloignés, parfois hors du canton. Sans mesure, cette tendance va s'accroître massivement dans les années à venir.

L'avenir de nombreux cabinets médicaux est menacé, beaucoup ont fermé car aucun successeur n'a pu être trouvé. De nombreux médecins sont sur le point de prendre leur retraite. Pour les jeunes médecins qui veulent prendre la relève, la délivrance de médicaments par le médecin est un critère de décision pour le lieu d'implantation. Il n'est pas normal que par ces médiocres conditions-cadres le canton d'Argovie se retire de lui-même de cette compétition parmi les jeunes médecins.

Si nous voulons garantir des soins médicaux de base à notre population, notamment dans les régions périphériques, nous devons travailler ensemble et non les uns contre les autres. Nous devons renforcer tous les acteurs actifs dans le domaine de l'approvisionnement médical de base. Pour cela, il faut disposer de suffisamment de pharmacies et de soins médicaux. C'est pourquoi il est juste que depuis le référendum susmentionné, les pharmacies puissent occuper des domaines qui étaient

jusqu'ici strictement du ressort des médecins, comme la délivrance de médicaments de la liste B (avec ordonnance) et l'administration de vaccins.

Les patients doivent être libres de choisir où et auprès de qui ils veulent obtenir leurs médicaments. En outre, c'est d'une question de qualité, surtout pour les personnes âgées et les familles avec de jeunes enfants, de ne pas devoir faire un voyage additionnel à la pharmacie après une visite chez le médecin.

Avec une délivrance de médicaments praticable par les médecins traitants, nous éliminons un désavantage évident pour notre canton. Il s'agit d'assurer des soins médicaux de base appropriés au bénéfice de la population. Il s'agit d'un élément important pour pouvoir trouver à l'avenir des pédiatres ou médecins de famille.

## Conseil d'Etat

### Réponse à la Motion 21.163 - 08.09.2021

Motion Hans-Peter Budmiger, Verts-Libéraux, Muri (orateur), Jeanine Glarner, PLR, Möriken-Wildegg, René Bodmer, UDC, Unterlunkhofen, und Arsène Perroud, PS, Wohlen, du 15 juin 2021 **concernant l'abrogation de l'interdiction de la délivrance des médicaments par les médecins (pro-pharmacie).**

I.

Le texte et le développement de la motion ont été envoyés aux membres du Grand Conseil immédiatement après son dépôt.

II.

Le Conseil d'Etat rejette la motion pour les motifs suivants :

#### 1. Situation de départ

En 1241 déjà, l'Empereur Frédéric II avait adopté une loi stipulant que les professions de médecin et de pharmacien devaient être séparées. Dans l'« Édit de Salerne », il était prévu par décret que les médecins n'avaient pas le droit de posséder ou de participer à une pharmacie. Il était donc interdit à une seule et même personne d'exercer les deux professions.

Dans le canton d'Argovie, l'interdiction de la pro-pharmacie pour les médecins est une longue tradition : elle était déjà ancrée dans la Loi sur la santé de 1919 et dans celle de 1987. L'actuelle Loi sur la santé de 2009 l'interdit également.

En raison de la pression économique croissante sur tous les prestataires de services du système de santé, l'intérêt pour le marché des médicaments a fortement augmenté. L'idée de lever l'interdiction de la pro-pharmacie n'est donc pas nouvelle dans le canton d'Argovie. Elle a déjà été discutée en 2009 dans le cadre de la révision de la Loi sur la santé.

En 2008, l'association médicale argovienne et l'organisation des médecins généralistes Argomed Ärzte AG a tenté d'introduire la pro-pharmacie dans la révision de la Loi sur la santé de l'époque. Elles demandaient que les médecins soient autorisés sans restriction à vendre eux-mêmes des médicaments. Cependant, cette initiative n'a eu aucune chance sur le plan politique. Le 22 septembre 2013, le Gouvernement, le Parlement mais aussi le Peuple argovien ont clairement rejeté l'initiative populaire « Oui à la délivrance des médicaments par les médecins » et se sont donc manifestés pour l'interdiction de la pro-pharmacie. L'initiative populaire a été très clairement rejetée par les Argoviens, avec un pourcentage de plus de 60% de votes négatifs.

En termes de politique de santé, le facteur décisif en faveur du maintien de l'interdiction fondamentale de la pro-pharmacie était que le statu quo en matière de délivrance de médicaments est un système fondamentalement fonctionnel pour les citoyens et les patients, tant en termes de sécurité d'approvisionnement que de qualité de prestations de services.

La question de savoir si et dans quelle mesure la pro-pharmacie doit être autorisée est depuis longtemps une question politique extrêmement controversée en Suisse et dans de nombreux cantons. Selon l'art. 37, al. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'arrêt du Tribunal

fédéral du 23 septembre 2011 (BGE 2C\_53/2009), la réglementation de la remise des médicaments relève actuellement de la compétence des cantons et est régie par la législation cantonale.

En principe, les cantons sont libres de décider s'ils veulent autoriser la pro-pharmacie en partie ou en totalité sur leur territoire. Si la pro-pharmacie, c'est-à-dire la vente de médicaments par les médecins, n'est autorisée que dans des cas exceptionnels dans tous les cantons de Suisse romande, au Tessin, à Bâle-Ville et en Argovie, elle est encore très répandue dans de nombreux cantons de Suisse alémanique. Les cantons de Berne et des Grisons ont une forme mixte. Dans l'Union européenne, la pro-pharmacie est interdite.

## 2. Mise en œuvre dans le canton d'Argovie

Dans le canton d'Argovie, l'interdiction de la pro-pharmacie s'applique actuellement avec ce que l'on nomme une « réserve d'autorisation ». Cela signifie que les médecins peuvent être autorisés à exploiter une pharmacie privée « si l'approvisionnement rapide en médicaments accessibles à tous n'est pas garanti par une pharmacie publique dans une ville voisine » (article 44, paragraphe 2, Loi sur la santé). En pratique, cette exigence est satisfaite si la pharmacie la plus proche se trouve à plus d'une heure de transport public. Dans le canton d'Argovie, 20 médecins disposent actuellement d'une telle autorisation de dispenser des médicaments.

L'interdiction de la pro-pharmacie dans le canton d'Argovie a pour but de garantir un bon approvisionnement de la population en médicaments grâce à un réseau dense de pharmacies publiques. Cette solution de compromis convient bien au canton d'Argovie. Avec cette solution, les médecins sont autorisés à vendre eux-mêmes des médicaments que dans des cas exceptionnels, c'est-à-dire lorsqu'aucune pharmacie n'est disponible dans un laps de temps raisonnable. En principe, les médecins sont autorisés à utiliser les médicaments directement dans leur cabinet médical et à les délivrer en cas d'urgence sans autorisation.

Dans les cantons où la pro-pharmacie est autorisée, il manque une infrastructure suffisante de pharmacies. Cela est particulièrement vrai dans les zones rurales, en dehors des heures ouvrables, les dimanches et jours fériés. La pro-pharmacie conduit à un appauvrissement du réseau de pharmacies. Compte tenu de la pénurie de médecins généralistes, cela est d'autant plus problématique. En outre, de nombreux cabinets médicaux ne parviennent pas à trouver un successeur en raison de la pénurie de médecins généralistes.

Dans les cantons où la délivrance directe de médicaments par les médecins est autorisée, le réseau de pharmacies n'est pas même équivalent à la moitié de celui des cantons où les médicaments sont délivrés exclusivement en pharmacie. Il est donc difficile pour la population d'avoir un accès facilité à un approvisionnement médical de base peu coûteux, à l'automédication et à de nombreux services de prévention.

Le principe « celui qui dispense, ne prescrit pas » qui s'applique dans le canton d'Argovie, c'est-à-dire la séparation entre, d'une part le diagnostic et la prescription du médicament, et d'autre part, le choix et de le conseil sur le médicament, est judicieux et ne donne pas de mauvaises incitations. Grâce au principe des quatre yeux, le dosage et la tolérance sont vérifiés deux fois. Il s'agit d'une contribution importante à la sécurité des patients. Pour le bien du patient, le principe du double contrôle est donc également recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Le travail d'équipe entre médecins et pharmaciens a fait ses preuves. La répartition actuelle des tâches est simple, transparente et efficace : en général, les pharmacies délivrent les médicaments. En

cas d'urgence, les médecins sont déjà autorisés à délivrer des médicaments, et lorsqu'il n'existe pas de pharmacie publique accessible, la gestion d'une pharmacie de cabinet est autorisée.

### **3. Conclusion**

La délivrance de médicaments par les médecins ne résout pas le problème de la pénurie de médecins généralistes. Au contraire, il met en péril les soins médicaux de base en affaiblissant le réseau pharmaceutique bien développé de 130 pharmacies. Grâce à la répartition géographique des pharmacies et à leur large gamme de produits, l'approvisionnement de la population en médicaments est assuré dans tout le pays et à tout moment. Le service d'urgence en dehors des heures d'ouverture y contribue également. On estime que 25 000 personnes se rendent chaque jour dans une pharmacie en Argovie. L'économie argovienne et toute la population profitent de la synergie des compétences de tous les prestataires de services. Le problème de la pénurie de médecins généralistes doit être combattu par d'autres moyens, par exemple en rendant la profession de médecin généraliste plus attrayante par une meilleure rémunération.

Un système de santé publique fonctionnel exige la coopération de toutes les professions de santé. Ce n'est que de cette manière que l'on peut disposer de soins médicaux rentables au bénéfice des patients. Il a également été démontré qu'une bonne coopération augmente la qualité des services médicaux. Grâce aux modèles de soins intégrés, les coûts des soins primaires peuvent être réduits. La pharmacie, en tant que simple point de contact, contribue à réduire les coûts. Le canton d'Argovie dispose d'un réseau de pharmacies adapté, complémentaire au système de médecins généralistes, qui fournit de bons conseils en cas de problèmes de santé et permet d'approvisionner rapidement la population en médicaments nécessaires. Le fait de compléter les services offerts par les médecins, les infirmières et les pharmacies conduit à une qualité élevée et à la sécurité des patients. Le double contrôle par le médecin et le pharmacien garantit la sécurité du patient qui est essentielle dans le traitement médicamenteux.

#### **Conséquences de la mise en œuvre, en particulier les effets sur la planification des tâches et des finances**

La mise en œuvre de la motion n'entraîne aucune conséquence ou effet sur les tâches et sur la planification financière.

Les frais de réponse à cette motion s'élèvent à CHF 1'494.-

**Le Conseil d'Etat du canton d'Argovie**

**De :** JONNIAUX Sandrine  
**A :** [Piccoli Roberta \(SEC-GC\)](#)  
**Cc :** [Carvalho Angela \(SEC-GC\)](#); [SECRETARIAT DG](#); [BOIRE Sandrine](#)  
**Objet :** audition Commission de la santé  
**Date :** mercredi 12 janvier 2022 14:13:04  
**Pièces jointes :** [image001.png](#)

---

Chère Madame

Je fais suite à votre demande d'être auditionnée pour vous transmettre mon positionnement portant sur le projet de loi K 1 03 (pro-pharmacie). Après discussion avec Mme Carvalho et lecture attentive du document transmis, je vous confirme par la présente que le programme Patients Partenaires +3P des HUG n'est pas concerné et ne sera pas impacté par ce projet de loi, portant sur la remise et l'administration de médicaments.

Je reste bien sûr à votre entière disposition pour tout complément d'informations, et vous adresse mes meilleurs messages.

Sandrine JONNIAUX, inf, Msc,  
Responsable du Programme Patients Partenaires + 3P  
<https://www.hug-ge.ch/patients-partenaires>  
Direction des soins  
Et  
Cheffe de programme **Vision 20+5**  
*+ de collaboration pour la prise en charge des patients*  
<http://www.intrahug.ch/strategie-vision-205>  
Centre de l'innovation – Direction Générale

Hôpitaux Universitaires de Genève  
Centre de l'innovation  
Rue Alcide Jentzer 17  
CH-1205 Genève  
[www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch)  
Tel: 079. 553.32.99  
Présence aux HUG: du lundi au vendredi



Le contenu de ce courriel est uniquement réservé à la personne ou l'organisme à qui il est destiné. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, veuillez nous en informer au plus vite et détruire le présent courriel. Dans ce cas, il ne vous est pas permis de copier ce courriel, de le distribuer ou de l'utiliser de quelque manière que ce soit.

***Je renonce à adresser les remerciements d'usage afin de réduire le trafic global de mails et de limiter l'impact écologique. Ainsi, je vous adresse d'emblée mes remerciements pour votre collaboration.***

---

**De :** Piccoli Roberta (SEC-GC) [<mailto:roberta.piccoli@etat.ge.ch>]

**Envoyé :** jeudi, 6 janvier 2022 15:20

**À :** JONNIAUX Sandrine <[Sandrine.Jonniaux@hcuge.ch](mailto:Sandrine.Jonniaux@hcuge.ch)>

**Cc :** FONTAINE Armelle <[Armelle.Fontaine@hcuge.ch](mailto:Armelle.Fontaine@hcuge.ch)>; Carvalho Angela (SEC-GC) <[angela.carvalho@etat.ge.ch](mailto:angela.carvalho@etat.ge.ch)>

**Objet :** RE: Coordonnées de Mme Touveneau

**Importance :** Haute

**Important :** Cet Email provient de l'extérieur des HUG. Merci de ne pas cliquer sur les liens, de ne pas ouvrir les pièces jointes à moins d'être sûr de l'expéditeur et de leur contenu

**PL 12860 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Pro-pharmacie)**

<https://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12860.pdf>

Chère Madame,

Merci pour votre message, non la Commission de la santé souhaiterait vous auditionner sur l'objet cité en marge, **le vendredi 21 janvier 2022 de 17h50 à 18h35** en vidéoconférence.

Nous vous remercions de bien vouloir nous confirmer votre disponibilité et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous adressons, chère Madame, nos cordiaux messages.

Pour la présidente de la commission, Jennifer Conti

**Roberta Piccoli**

*Assistante administrative*

*Secrétariat général du Grand Conseil*

*Rue de l'Hôtel-de-Ville 2*

*Case postale 3970 - 1211 Genève 3*

*Courrier interne : **A106E3/GC***

*Téléphone : 022 327 97 07*

**Absente le lundi**

**Carvalho Angela (SEC-GC)**

---

**Objet:** TR: Commission de la santé Grand Conseil - PL12860 - votre position

**De :** Emilie Vauthier <emilie.vauthier@lgc.ch>

**Envoyé :** jeudi 20 janvier 2022 17:10

**À :** Carvalho Angela (SEC-GC) <angela.carvalho@etat.ge.ch>

**Objet :** TR: Commission de la santé Grand Conseil - PL12860 - votre position

Au nom de Madame S. Modena :

Chère Madame,

Nous faisons suite à votre de demande et vous transmettons ci-dessous nos conclusions.

La Ligue n'est pas confrontée à ces cas de figure et de ce fait ne se sent pas concernée pour apporter un positionnement écrit quant à ce projet de Loi.

Nous nous excusons encore de notre réponse tardive et vous adressons nos meilleures salutations.

Sonia Modena  
Directrice

Emilie Vauthier  
Assistante de gestion

espace Médiane



ligue genevoise contre le cancer

Rue Leschet 11 - 1205 Genève

022 322 13 33 - [info@lgc.ch](mailto:info@lgc.ch)

[www.lgc.ch](http://www.lgc.ch) - 



*Date de dépôt : 28 février 2022*

## RAPPORT DE LA PREMIÈRE MINORITÉ

### Rapport de M. François Baertschi

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Il faut tout d'abord souligner que ce projet de loi confirme l'interdiction de principe de la pro-pharmacie, mais laisse une exception pour l'oncologie. Ce domaine est très spécifique, comme cela a été indiqué lors des auditions en commission, et **une telle exception a comme objectif de bénéficier in fine au patient, mais surtout d'offrir à la population genevoise des traitements contre le cancer de haut niveau**. C'est tout l'enjeu de ce projet de loi.

Le professeur Dietrich, professeur ordinaire de la faculté de médecine à l'UNIGE et médecin-chef du département d'oncologie aux HUG, n'a laissé aucune ambiguïté lors de son audition, tel que cela ressort du compte-rendu de la commission.

« M. Dietrich [...] souhaite présenter le contexte de ce qui se passe actuellement en oncohématologie avec une rapidité de développement unique de ce domaine en médecine. Depuis 20 ans, une compréhension de la maladie cancéreuse évolue et la réponse de l'organisme à la maladie est de mieux en mieux comprise. Ces évolutions ont amené un développement thérapeutique sans précédent et un développement d'un certain nombre de médicaments ainsi que de traitements avec une grande évolution exponentielle. Il est plus simple de cibler les cellules tumorales, car les thérapies ciblées trouvent les talons d'Achille des cellules cancéreuses. Le renforcement immunitaire montre des progrès thérapeutiques importants. Les médicaments s'adaptent chaque année, car il y a entre 20 et 30 nouveaux médicaments ou stratégies de traitement par an. Environ 300 molécules sont dans le quotidien dont une centaine de médicaments oraux à ingérer. La caractéristique de ces médicaments, c'est une faible marge thérapeutique. Ce sont donc des médicaments très puissants, mais aussi dangereux et difficiles à manipuler, qui nécessitent une expertise spécifique. La grande difficulté réside dans le choix thérapeutique ainsi que le moment de la prise du traitement plutôt que

dans la manière de donner les médicaments. La prise en charge des patients est étalée régulièrement sur 5 à 20 ans. Lors du choix, le parcours personnel doit être pris en compte ainsi que d'autres problèmes. Cette difficulté est un enjeu de la médecine oncologique, même plus encore que l'administration technique du produit. C'est une bonne nouvelle, car il y a eu des évolutions, ce qui demande une réorganisation, sans parler des aspects économiques. Cette proposition de loi a certainement été longuement réfléchi, car apparemment la loi actuelle ne correspond pas à la pratique. Par exemple, les traitements per os sont parfois uniques avec une dose unique. Mais souvent ce sont des traitements, avec leur agressivité et toxicité, qu'il faut adapter régulièrement suivant la tolérance et l'efficacité. Dans la majeure partie des cas, il faut des contrôles et une gestion des effets secondaires réguliers, car la toxicité n'est pas négligeable. Il y a des médicaments avec des doses variables, ce qui demande donc une adaptation constante. Très souvent, il y a une combinaison de traitements oraux et IV. Un patient va recevoir des traitements oraux certains jours, puis des injections d'autres jours, etc. Il existe donc des schémas déterminés par des études cliniques. Cette loi répond à un besoin important, car elle assure la sécurité et un confort du patient. La sécurité, car ces adaptations nécessitent de connaître les médicaments et d'adapter de manière immédiate après un bilan sanguin. L'adaptabilité est importante et facilitée par la prescription et l'administration du médicament sur le moment. L'argument de confort est le suivant. Un patient très malade va suivre son traitement dans un groupe hospitalier pour recevoir son traitement IV. Ensuite, s'il doit aller chercher à la pharmacie ses comprimés per os, ça sera contraignant pour lui. De plus, au niveau des pharmacies, il est impossible de garder ces stocks, car les produits coûtent environ 10 000 francs par mois. Le patient pourrait donc se retrouver sans disponibilité du médicament. Pour des traitements combinés, ça n'a plus de sens. Les buts de ces traitements combinés sont l'efficacité et la diminution des effets secondaires sans possibilité de s'écarter des protocoles. Ce n'est pas valable pour des traitements simples comme une hormonothérapie, car ce sont des traitements balisés sans problématique d'effets secondaires potentiellement mortels. En revanche, pour les chimiothérapies per os ou les traitements ciblés per os pour lesquels le patient possède une boîte de médicaments à la maison sans accompagnement, c'est mauvais. Une autre problématique concerne les assurances qui refusent d'avancer le prix, et donc les patients doivent déboursier des sommes astronomiques, ce qui n'est pas possible. Pour des raisons de sécurité, d'adaptabilité, de disponibilité et de souplesse, cette loi est adaptée à la pratique et pose un cadre rigoureux. »

De plus, M. Dietrich a expliqué qu'« une chimiothérapie ne peut souffrir d'aucun retard de consultation. Si un patient doit être vu, il le sera. D'où les difficultés à gérer les urgences. Les reports sont impossibles avec la précision demandée par la chimiothérapie ou d'autres traitements novateurs. Parfois, il y a la compréhension de ce qui se passe chez le patient qui nécessite une adaptation de dose ou autre. **Avec un intermédiaire en plus, la sécurité et la qualité de vie du patient sont perdues.** Par ailleurs, le conditionnement est aussi une question. Une boîte contient 28 pièces, mais en milieu hospitalier seules 7 pièces sont données par jours pour ensuite évaluer l'évolution. Il faut donc une souplesse qui n'est pas possible en pharmacie. De plus, la connaissance médicale du patient et des produits se sont développés très rapidement. Il pense que ce sont les oncologues qui connaissent ces produits ainsi que les effets secondaires et les interactions. Les interactions sont compliquées à gérer et sont encadrées par des protocoles stricts et spécifiques. Toutefois, ces protocoles thérapeutiques sont à disposition des médecins. »

**A la question d'une commissaire qui lui demande « si la pro-pharmacie revient à enlever l'opportunité au patient d'avoir un second avis », M. Dietrich répond qu'il ne pense pas, car un second avis est systématiquement donné. Un second avis d'une officine n'apporterait pas de valeur ajoutée dans l'organisation.**

Par ailleurs, le professeur Dietrich a indiqué que « cette loi concerne les grandes structures. En effet, **les HUG ont été attaqués de manière véhémente pour stopper cette manière de faire sur la base de la loi. Il a fallu défendre le mode de fonctionnement, ce qui a demandé énormément d'énergie et de temps. Suivant la lecture de la loi actuelle, les HUG et les cliniques peuvent aussi être considérés comme hors la loi.** Cette nouvelle loi donnerait une sécurité aux grands groupes. »

Pour ces raisons, nous vous demandons, Mesdames et Messieurs les députés, de soutenir le présent projet de loi.

*Date de dépôt : 28 février 2022*

## RAPPORT DE LA SECONDE MINORITÉ

### **Rapport de M. Philippe Morel**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La modification de la loi sur la santé proposée par le Conseil d'État avec le PL 12860 vise à entériner une pratique médicale très particulière, dans un domaine extraordinairement spécialisé, l'oncologie, et qui existe depuis plus de 15 ans au grand bénéfice des patients.

Il s'agit de la possibilité donnée aux oncologues et onco-hématologues, dans le strict cadre de leur prise en charge des patients souffrant d'un cancer et qu'ils traitent personnellement, de leur fournir directement les médicaments oncologiques dont ils ont besoin. La liste des médicaments qui peuvent être ainsi administrés directement est réglementée et correspond au groupe thérapeutique IT 07.16.10 de l'Office fédéral de la santé publique. De plus la remise de ces médicaments oncologiques, selon le nouveau texte de loi, serait soumise à la délivrance par l'autorité cantonale d'une autorisation spécifique aux médecins concernés, dont les modalités seraient définies par le Conseil d'État.

Un encadrement efficace et transparent permettant aux patients de bénéficier d'un contact et d'une interaction directe avec leurs médecins oncologues traitants.

Il faut ici souligner le fait que ce PL est aussi le fruit du travail d'un groupe d'experts genevois, réunissant le pharmacien cantonal, des médecins-cadres de l'oncologie des HUG ainsi que d'autres oncologues et partenaires de ces thérapeutiques oncologiques, qui a travaillé plusieurs années sur cette problématique et a rédigé les bases de ce PL qui permet donc de poursuivre une pratique usuelle appliquée depuis de nombreuses années à Genève à la satisfaction et pour la sécurité des patients concernés.

L'oncologie est une discipline qui a bénéficié ces 15 à 20 dernières années d'une augmentation extraordinaire des possibilités thérapeutiques par l'introduction de dizaines de nouveaux composés chimiques et par des approches variées incluant l'immunologie, de nouvelles formes de

radiothérapie ciblée et d'autres approches sophistiquées. De plus, la combinaison ou la succession de différents médicaments ou de différents modes thérapeutiques deviennent nécessaires et fréquentes pour le traitement des tumeurs. Les médicaments oncologiques sont administrés aux patients à des doses variables, différentes selon les patients et adaptées en fonction de leurs effets secondaires et de leur efficacité. Un réglage très fin et ajusté aux besoins des patients est indispensable. Seuls les oncologues et onco-hématologues ont les connaissances requises pour ces traitements.

Aucune autre spécialité médicale n'a bénéficié d'un tel développement avec une telle complexité au cours des récentes années.

Les autres spécialités médicales, toutes confondues, ne maîtrisent plus du tout les traitements oncologiques et n'ont pas du tout les compétences pour prendre en charge les patients souffrant de maladies tumorales, quelles qu'elles soient ! De plus, les effets secondaires de ces médicaments oncologiques peuvent être dévastateurs et irréversibles ! Les adaptations thérapeutiques relèvent d'un ajustement très fin, individualisé à chaque patient et variable au cours du temps. La combinaison de médicaments oncologiques augmente encore la complexité de la prescription dans le but d'obtenir l'effet optimal avec des effets secondaires limités. Les oncologues ont ainsi des contacts extraordinairement étroits avec leurs patients, littéralement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ! Le problème qui surviendrait le vendredi soir ne peut très souvent pas attendre le lundi matin !

La prise en charge des patients présentant un cancer se déroule toujours dans un cadre multidisciplinaire ! Cependant les « non-oncologues » réunis n'apportent que des compétences liées à leur spécialité (radiologue, gastro-entérologue, chirurgien, etc.) et n'interfèrent aucunement dans l'aspect décisionnel du traitement oncologique à administrer au patient. Pas plus du reste que les pharmaciens éventuellement présents qui, malgré leur excellente formation, ne peuvent absolument pas prétendre maîtriser les aspects cliniques et thérapeutiques des près de 200 médicaments disponibles actuellement en oncologie.

Le patient présentant un cancer établit un contact extraordinairement étroit avec son oncologue traitant qui non seulement prescrit un traitement spécifique, mais le lui donne avec de nombreuses et souvent longues explications, un suivi extraordinairement rapproché ainsi qu'une modification ou adaptation fréquente soit de la dose des médicaments, soit de leur association, soit de leur fréquence d'administration.

De cette situation de proximité immédiate, de prescription et d'administration des médicaments en temps réel, de ce contrôle minutieux

par un hyperspécialiste dépend souvent d'une part la survie des patients sur le plan de leur évolution tumorale, d'autre part la minimisation des effets secondaires parfois dévastateurs que ces médicaments peuvent avoir.

On a évoqué en commission l'aspect financier, trivial dans ce contexte, et la crainte que cette pratique permette aux oncologues soit de biaiser leur thérapeutique par une rétrocession financière de l'industrie pharmaceutique, soit qu'ils perçoivent un pourcentage du prix des médicaments ! Ceci est totalement illusoire, et est une chimère puisqu'à nouveau les décisions thérapeutiques sont prises au sein de groupes multidisciplinaires comprenant plusieurs oncologues. D'autre part, ces suspicions font fi de l'aspect éthique et de l'honnêteté que l'on est en droit d'attendre des médecins dont la mission et la volonté sont de soigner les patients et de les guérir, satisfaction infiniment plus grande que les aspects financiers de leur prise en charge !

Il apparaît futile de vouloir juger et remettre en question la pratique actuelle avec comme argument l'intégration des compétences des pharmaciens ! Ni ces derniers ni les médecins non-oncologues n'ont les compétences nécessaires pour revendiquer un quelconque apport utile au patient ou une quelconque aide aux oncologues !

Remettre en question la pratique actuelle de proximité immédiate de l'oncologue et de son patient par, entre autres, l'administration directe et immédiate de médicaments très spécifiques et particuliers revient à péjorer très significativement la prise en charge des patients porteurs de cancers et ainsi de modifier leur pronostic vital ! Une responsabilité que certaines et certains semblent prêts à prendre au prétexte ici futile d'intégrer dans la chaîne de prise en charge les pharmaciens des officines du canton, qui par ailleurs sont extrêmement contributifs dans d'autres types de prescriptions et d'autres domaines médicaux.

Dans ces circonstances, au vu de l'importance cruciale et littéralement vitale pour les patients de pouvoir poursuivre l'administration directe par le médecin oncologue ou oncohématologue de médicaments spécifiques du groupe IT 07.16.10 avec en sus des médecins qualifiés au bénéfice d'une autorisation spécifique délivrée par le canton, la poursuite de la pratique actuellement en vigueur doit être avalisée, le PL 12860 a cet objectif.

En conséquence de ce qui précède, les députés PLR, certes non unanimes, vous recommandent de soutenir ce PL dans le seul intérêt des patients.