

Date de dépôt: 8 décembre 2003

Messagerie

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant le bilan de la planification sanitaire qualitative (PL 8045)

Rapport de M. Claude Aubert

Mesdames et

Messieurs les députés,

La commission a consacré deux séances à l'étude du RD 490, sous la présidence de M. Philippe Glatz, les procès-verbaux étant signés par M. Hubert Demain, orfèvre en la matière. Le président Pierre-François Unger, M. Claude-François Robert, directeur adjoint DGS, DASS, M. Pierre-Antoine Gobet, secrétariat général, DASS, ont assisté à l'ensemble des travaux, avec, à une reprise, la participation de M. Jean Simos, DASS.

1. La toile de fond

Le rapport du Conseil d'Etat a pour objet le document intitulé « *Planification sanitaire qualitative – Bilan 1999-2002 et Perspectives* », auquel il est essentiel de se référer. Ce bilan retrace l'ensemble des actions menées dans les domaines prioritaires retenus par un comité de pilotage au sein du DASS et coordonnés par l'Institut de médecine sociale et préventive (IMSP) qui en a reçu mandat par le projet de loi 8045. Ce dernier, adopté le 25 juin 1999 par le Grand Conseil, accordait à l'IMSP une subvention d'investissement de 8 500 000 F pour financer la réalisation de 5 priorités sanitaires 1999-2002. Très récemment, le projet de loi 9039, envoyé à la

commission des finances, portait sur le bouclement de cette exceptionnelle subvention.

La planification a une longue histoire. Plusieurs commissions ont travaillé le sujet. En 1997, le DASS a fait paraître un « Rapport sur la politique de la santé et sur la planification sanitaire quantitative » qui découlait du RD 281 – *Rapport du Conseil d'Etat sur la politique de la santé et sur la planification sanitaire (1998-2001)* –, auquel ont été associées la Résolution 344 et la Motion 1229.

Que veut-on dire par « planification » ? Il importe de ne pas confondre la planification *qualitative* (le présent RD 490) avec la planification *quantitative*, exigée par la loi sur l'assurance maladie, qui évalue le nombre de lits hospitaliers devant répondre aux besoins de la population. On préfère parler aujourd'hui de la planification, non pas quantitative, mais *hospitalière*, comme l'indique le RD 483, étudié simultanément par la commission. Si la planification *quantitative ou hospitalière* évalue le nombre de lits, la planification *qualitative* porte sur des programmes de prévention et de promotion de la santé.

Ne pas oublier dans ce débat la future loi-cadre sur la santé, qui fixera un certain nombre de principes, les uns nouveaux, les autres disséminés actuellement dans divers textes, et qui influenceront notre compréhension des champs explorés par les RD 490 et 484. Certaines questions trouveront plus tard des réponses dans ce projet de loi actuellement en consultation.

2. Présentation générale

Dans son exposé introductif, le président du DASS a brossé à grands traits l'historique de la planification sanitaire qualitative (PSQ) et résumé les principaux axes définis par le Conseil d'Etat, incluant les accidents et les handicaps, les cancers, les maladies transmissibles, la santé mentale. Initialement prévu, le carnet de santé a été écarté de la liste. Sur ce canevas, divers projets concrets ont vu le jour, incluant un grand nombre d'acteurs de toutes provenances. Le bilan est positif, comme en témoignent les nombreuses actions programmées, telles la prévention des accidents domestiques, la prévention des chutes des personnes âgées, la prévention des accidents de trottinette, pour citer quelques exemples.

Dans l'avenir, cette planification sera intégrée dans les programmes normaux de la DGS, de même que son budget. L'objectif est, selon le président du DASS, « de garder à l'Etat son rôle de détonateur dans les processus, mais que les acteurs se saisissent de cette action dans une perspective de pérennité, hors de l'action de l'Etat. Car la multiplication

annuelle des actes de prévention et le maintien des actions déjà engagées, risquent de faire exploser le budget des projets de prévention, sans garantie d'efficacité ».

M. Claude-François Robert, par des documents cités en annexe¹, a insisté sur les suites à donner à cette planification qualitative en schématisant :

- 1) les ingrédients d'une nouvelle phase planificatrice ;
- 2) les fondements de la nouvelle politique sanitaire ;
- 3) la nouvelle Direction Générale de la Santé ;
- 4) la structuration des programmes.

Pour le détail de ces projets d'envergure, prière de se référer aux documents présentés en annexe.

3. Discussion

La planification sanitaire qualitative et le rapport du Conseil d'Etat, de par leur densité et leur étendue, n'ont pas donné lieu à une discussion systématisée au sein de la commission. Les commissaires ont surtout posé des questions ou souligné divers aspect, une majorité souhaitant prendre acte du présent rapport, par opposition à une minorité qui demandait une analyse en profondeur et des prises de positions affirmées ou confirmées.

Nous regroupons ici, un peu arbitrairement, les principales interventions.

a) au sujet du DASS :

- Le DASS suit de très près l'activité de la fondation « Promotion Santé Suisse », qui touche 2 F par prime d'assurance de base et gagne ainsi près de 18 millions par an. Des projets cantonaux et intercantonaux sont souhaitables dans ce cadre.
- Le financement de la PSQ sera inscrit dans le budget de la DGS, comme crédit ordinaire de fonctionnement dès 2004. Les contrats de partenariat seront reconduits pour les activités prévues dans la durée.
- La réorganisation de la DGS repose sur la différenciation des fonctions stratégiques (définition des politiques de santé) et d'exécution (par des organes autonomes). Dans la future loi sanitaire, un chapitre sera consacré à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie.
- La trajectoire de vie est un concept pertinent pour la planification des services de santé et sera un des mots clés de la future loi sanitaire. Sans oublier la question lourde de la fin de vie, aux dimensions multiples.

¹ Cf. annexe.

b) au sujet de l'avenir :

- Du fait des réorganisations prévues, les commissaires se préoccupent de la suite des actions sur le terrain et de leur financement. Une commission cantonale devra opérer des choix entre les différents projets. Ne pas oublier que la LAMal ne rétribue ni la promotion ni la prévention !
- En terme de gouvernance, les avis du Grand Conseil concernent-ils le financement des projets ou la politique à suivre ? Réponse : le GC a son mot à dire sur leur contenu, non pas sur la mise en œuvre, traditionnellement du ressort de l'administration. Sans oublier ce moyen d'action qu'est le vote du budget !
- L'avenir de la prévention hors du soutien financier de l'Etat ? Les priorités définies aujourd'hui sont-elles en sursis ? Quels sont les « outils de l'aide à la décision » permettant les choix ? La réponse se trouve dans une juste collaboration entre les différents acteurs, avec l'Etat comme « détonateur ». Des projets « porteurs » seront repris dans la pratique quotidienne, à l'exemple de la prévention des chutes des personnes âgées en EMS qui sera pérennisée par un accord entre l'Etat et la FEGEMS, incluant la formation nécessaire du personnel. Autre exemple : la Fourchette verte.

c) au sujet de la méthode de travail :

- Etonnement quant au projet de loi 8045, qui est un crédit d'investissement. Autre anomalie : il prévoyait l'étude de cinq axes, mais les utilisateurs en ont décidé autrement. Est-ce admissible ? Le Grand Conseil vote, le bénéficiaire dispose.
- La promotion de la qualité de vie illustre le travail concret des différents acteurs sur le terrain, avec les dimensions horizontales entre les départements et verticales au sein d'un même département, sans oublier les obliques...
- Pourquoi avoir renoncé à l'évaluation coûts/efficacité de ces différentes actions ? Seulement faute d'argent ? Discussion nourrie quant à la difficulté de conduire des travaux scientifiquement dans ce domaine.
- La planification pourrait s'exprimer par les termes plus modernes de « stratégies de promotion et de prévention ».
- Explication de texte à la p. 10 : les « données probantes » se réfèrent à l'état de la question au niveau de la littérature scientifique, qui sert de référence de base.

d) au sujet du terrain :

- Actualité de la violence en milieu scolaire : un des projets, RESPECT, s'en est préoccupé. Difficultés de travailler aux frontières des institutions. Qui doit en assumer le leadership ?
- La santé mentale des jeunes, en particulier le suicide, est un grand souci, de même que la lutte contre les comportements à risque (alcool, drogue, tabac, etc.), sans oublier les accidents de circulation.
- Dans un contexte de planification, comment prendre en compte les maladies émergentes comme le SRAS ? Réponse : le système doit être capable de prendre en compte les urgences et l'inconnu.
- Certains soulignent le rôle du médecin de proximité, pièce essentielle dans le dispositif de prévention.
- Il est nécessaire d'adapter les projets de promotion et de prévention aux soucis du moment, qui évoluent et se modifient. L'utilisation de la méthode Delphi est à cet égard un outil important. Par ailleurs, à l'occasion de la campagne « le cancer du sein », nous avons vu comment des initiatives privées se sont développées autour de ce programme de prévention.

4. Conclusion et vote

Même si la PSQ pose nombre de questions, la commission a renoncé à procéder à des auditions complémentaires. Le RD 490 est un rapport fait à l'intention des députés dans la perspective première de les tenir informés. Pour la majorité il s'agit donc de prendre acte de l'ampleur et de la diversité du travail accompli, sans que cela signifie nécessairement un satisfecit quant à l'ensemble des actions entreprises.

Certains commissaires auraient voulu procéder à une analyse en profondeur, fixer des priorités, affirmer une volonté politique, comparer les données actuelles avec le contenu de la résolution 344-A et de la motion 1229, pour suivre la cohérence du développement de la politique de la santé à Genève, ce qui explique en partie leur abstention lors du vote.

VOTE : Prendre acte du présent rapport :

Pour : 3 L, 2 R, 1UDC, 1 PDC, 2 Ve, 3 S ;

Contre : 0 ;

Abst. : 2 AdG.

En conclusion, la commission de la santé vous propose, Mesdames les députées, Messieurs les députés, de prendre acte du rapport du Conseil d'Etat.



Direction générale de la santé
Département de police sociale et de la santé
République et canton de Genève

Programmes de prévention et de promotion de la santé

Les ingrédients de la nouvelle phase

- Bilan de la PSQ 1999-2002
- Evaluation effectuée par l'IDHEAP
- Réflexion autour de la place de la promotion de la santé dans une politique cantonale
 - ✓ séminaire d'octobre 2002 avec Promotion Santé Suisse et le projet « politique nationale de la santé »



***programmes de prévention et de
promotion de la santé***





Programmes de prévention et de promotion de la santé



Direction générale de la santé
Département de l'action sociale et de la santé
République et canton de Genève

Les fondements de la nouvelle politique



une base légale solide et un contrôle démocratique par l'inscription dans la future loi cantonale sur la santé



une nouvelle solution institutionnelle, qui précise et clarifie les niveaux de compétence et les rôles des principaux acteurs



un nouveau modèle de structuration des actions de prévention et de promotion de la santé associé à un processus décisionnel plus cohérent et participatif

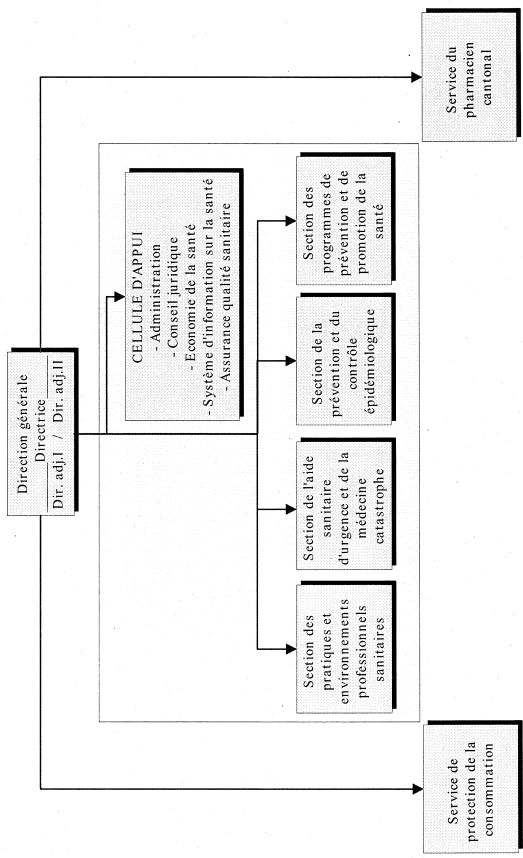


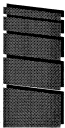


Direction générale de la santé
Département de l'action sociale et de la santé
République et canton de Genève

Programmes de prévention et de promotion de la santé

La nouvelle DGS



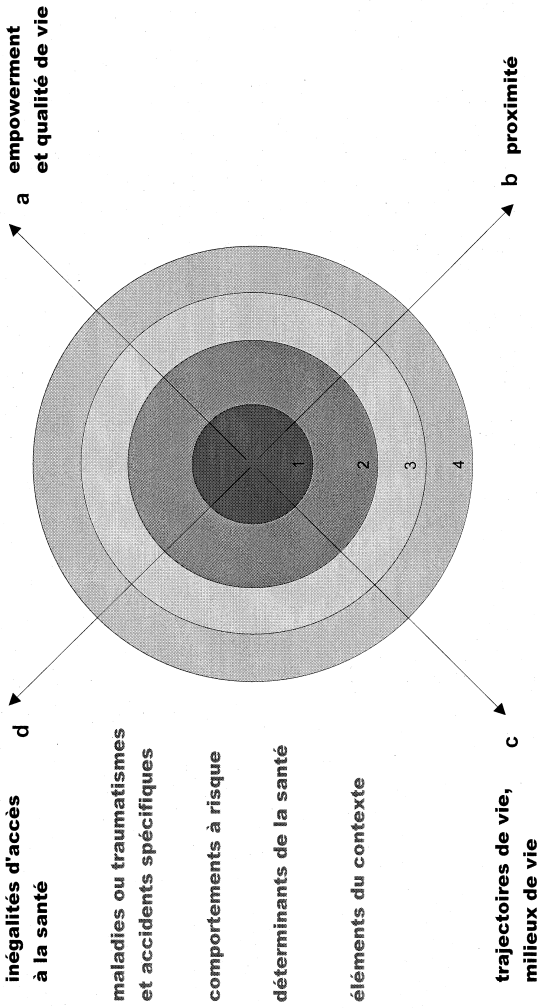


Programmes de prévention et de promotion de la santé



Direction générale de la santé
Département de la santé
République et canton de Genève

Structuration des programmes





Direction générale de la santé
Département de l'action sociale et de la santé
République et canton de Genève

Programmes de prévention et de promotion de la santé

La répartition des compétences



Gouvernance : Grand Conseil, Conseil d'Etat et Présidence DASS (définition de la politique cantonale de santé)



Direction stratégique et supervision : DGS (traduction de la politique en stratégie et de la stratégie en actions adaptées formant un ensemble cohérent, évaluation ex-ante et monitoring, veille sanitaire et données probantes)



Réalisation : au moyen de contrats de partenariat précisant les objectifs à atteindre et les moyens mis à disposition, confiés à des tiers publics et privés

