



Grand Conseil de la République et canton de Genève



CINQUIÈMES ASSISES TRANSFRONTALIÈRES
franco-valdo-genevoises

Genève, 5 octobre 2017



Cinquième édition des Assises transfrontalières des élus de la région franco-valdo-genevoise

Jeudi 5 octobre 2017
Salle du Grand Conseil, Genève

Les défis de la politique sanitaire à l'échelle de la région franco-valdo-genevoise

Programme

- 17h30** **Accueil des invités**
- 18h** **Ouverture de la séance**
M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil, Genève
Mme Sylvie Podio, présidente du Grand Conseil, Vaud
M. Gabriel Doublet, deuxième vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français
M. François Longchamp, président du Conseil d'Etat, Genève
- 18h15** **Introduction à la thématique de la table ronde par une présentation de l'étude de l'Observatoire statistique transfrontalier**

M. Roland Rietschin, directeur de l'Office cantonal de la statistique
- 18h25** **Table ronde**

Mme Virginie Duby-Muller, députée de la quatrième circonscription de la Haute-Savoie (absente à la séance)
Mme Olga Givernet, députée de la troisième circonscription de l'Ain
M. Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat chargé du Département de la santé et de l'action sociale, Vaud
M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat chargé du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, Genève
M. Pierre-François Leyvraz, directeur général du CHUV
M. Bertrand Levrat, directeur général des HUG
M. Jean-Michel Hue, directeur de la délégation départementale de la Haute-Savoie à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Modération : M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la *Revue médicale suisse*
- 19h10** **Questions du public**
- 19h45** **Mots de conclusion**
- 20h** **Cocktail dînatoire**
- 21h** **Fin de la manifestation**



Participation

- M. Christian AEBISCHER, adjoint au maire d'Annemasse, Haute-Savoie
- M. Thierry APOTHÉLOZ, président de l'Association des communes genevoises, Genève
- M. Stéphane BALDASSARI, huissier, Grand Conseil, Genève
- M. Mathieu BARADEL, chef de projet genevois, Groupement local de coopération transfrontalière
- M. Claude BARBIER, délégué, Pôle métropolitain du Genevois français
- M. Antoine BARDE, député et ancien président du Grand Conseil, Genève
- M. Gabriel BARRILLIER, député et ancien président du Grand Conseil, Genève
- M. Jean-Marc BASSAGET, sous-préfet de Saint-Julien-en-Genevois, Haute-Savoie
- M. Olivier BAUD, député, Genève
- M. Hubert BERTRAND, maire de Saint-Genis-Pouilly, Ain
- M. Sébastien BLANC, adjoint du directeur, Office cantonal de la statistique, Département présidentiel, Genève
- M. Albert BOUGETTE, adjoint au maire de Saint-Genis-Pouilly, Ain
- M. Christophe BOUVIER, président de la Communauté de communes du Pays de Gex, Ain
- M. Adrien BRON, directeur de la Direction générale de la santé, Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, Genève
- M. Gilbert CATELAIN, député suppléant, Genève
- M. Thierry CERUTTI, député, Genève
- Mme Aurélie CHARILLON, maire de Prévessin-Moëns et conseillère départementale, Ain
- M. Pierre CONNE, député, Genève
- M. Yvan CORNU, secrétaire de commissions, Grand Conseil, Vaud
- Mme Brigitte CROTTAZ, députée, Vaud
- Mme Beatriz DE CANDOLLE, députée, Genève
- Mme Simone DE MONTMOLLIN, députée, Genève
- Mme Isabelle DE TURENNE, chargée de mission, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
- M. Roger DENEYS, député, Genève
- M. Fabien DESPINASSE, chargé de mission, Sous-préfecture de Saint-Julien-en-Genevois, Haute-Savoie



M. Gabriel DOUBLET, intervenant, deuxième vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français et maire de Saint-Cergues, Haute-Savoie

Mme Marie-Thérèse ENGELBERTS, députée, Genève

M. Emmanuel FÈVRE, directeur général des services, Communauté de communes du Pays de Gex, Ain

Mme Emilie FLAMAND-LEW, députée, Genève

M. Christian FLURY, député, Genève

Mme Nadja FÖRST, rédactrice-mémorialiste, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

M. Brice FUSARO, secrétaire général, Groupement local de coopération transfrontalière

M. Roland GERBER, chargé d'organisation, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

Mme Olga GIVERNET, intervenante, députée de la troisième circonscription de l'Ain

M. Jean-Marc GUINCHARD, député et ancien président du Grand Conseil, Genève

M. Nicolas HUBER, secrétaire scientifique de commissions, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

M. Jean-Michel HUE, intervenant, directeur de la délégation départementale de la Haute-Savoie à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Haute-Savoie

M. Christo IVANOV, député, Genève

M. Rémy JAQUIER, premier vice-président du Grand Conseil, Vaud

M. Bertrand KIEFER, intervenant, rédacteur en chef de la *Revue médicale suisse*, Genève

M. André KLOPMANN, secrétaire général adjoint, Département présidentiel, Genève

M. Laurent KOELIKER, sautier, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

Mme Anna-Karina KOLB, directrice du Service des affaires extérieures et fédérales, Département présidentiel, Genève

M. François LANCE, député, Genève

M. Guy LARMANJAT, conseiller départemental du canton de Bellegarde-sur-Valserine, Ain

M. François LEFORT, député, Genève

M. Bertrand LEVRAT, intervenant, directeur général des HUG, Genève

M. Eric LEYVRAZ, intervenant, président du Grand Conseil, Genève

M. Pierre-François LEYVRAZ, intervenant, directeur général du CHUV, Vaud

M. François LONGCHAMP, intervenant, président du Conseil d'Etat, Genève



Mme Danièle MAGNIN, députée, Genève

M. Pierre-Yves MAILLARD, intervenant, conseiller d'Etat chargé du Département de la santé et de l'action sociale, Vaud

M. Olivier MAUVISSEAU, consul général de France à Genève

M. Guy METTAN, député et ancien président du Grand Conseil, Genève

Mme Judith MONFRINI, journaliste, One FM, Genève

M. Philippe MOREL, député, Genève

M. Jean-Luc PECORINI, maire de Bossey, Haute-Savoie

Mme Céline PESQUET SAFFORE, secrétaire parlementaire, Secrétariat général du Grand Conseil, Vaud

Mme Patrizia PESTALOZZI, secrétaire de commissions, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

Mme Sylvie PODIO, intervenante, présidente du Grand Conseil, Vaud

M. Mauro POGGIA, intervenant, conseiller d'Etat chargé du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, Genève

M. André PYTHON, député, Genève

M. Daniel RAPHOZ, maire de Ferney-Voltaire, Ain

Mme Irène RENFER, secrétaire adjointe, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

M. Yves RETHOUZE, adjoint au maire de Bellegarde-sur-Valserine, Ain

M. Yvan REYNARD, responsable des systèmes d'information, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

M. Jean-Charles RIELLE, député, Genève

M. Roland RIETSCHIN, intervenant, directeur de l'Office cantonal de la statistique, Département présidentiel, Genève

M. Jean ROMAIN, premier vice-président du Grand Conseil, Genève

M. Lionel RUDAZ, secrétaire adjoint, Secrétariat général du Grand Conseil, Genève

M. Igor SANTUCCI, secrétaire général, Secrétariat général du Grand Conseil, Vaud

M. Patrick SAUDAN, député, Genève

M. Vincent SCATTOLIN, vice-président de la Communauté de communes du Pays de Gex, Ain

Mme Lydia SCHNEIDER HAUSSER, députée, Genève

M. Charles SELLEGER, député, Genève



M. Christophe SONGEON, maire de Ballaison, Haute-Savoie

M. Daniel SORMANNI, député, Genève

Mme Laetitia VANNER, adjointe au maire et conseillère communautaire de Loisin, Haute-Savoie

M. Antoine VIELLIARD, maire de Saint-Julien-en-Genevois, Haute-Savoie

M. Christian VIGNAUD, adjoint au maire de Sciez, Haute-Savoie



Préambule

Organisées pour la première fois en 2010 à l'initiative de M. Guy Mettan, alors président du Grand Conseil, les Assises transfrontalières ont pour vocation d'offrir aux élus un lieu où se forge une compréhension partagée des enjeux du territoire transfrontalier.

Les Assises constituent une plateforme d'échange entre législateurs genevois, vaudois et français autour de sujets importants pour le devenir de l'agglomération transfrontalière et les discussions qui s'y tiennent permettent la préparation des débats parlementaires et des consultations publiques.

Ont ainsi déjà été discutés le développement du Projet d'agglomération, les circuits de financement du Grand Genève, la politique culturelle transfrontalière et la gouvernance de la région.

Les Assises se tiennent alternativement à Genève, dans le canton de Vaud et en France voisine.

Ouverture de la séance

M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil, Genève.

Madame la présidente du Grand Conseil du canton de Vaud,
Monsieur le deuxième vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français,

Monsieur le président du Conseil d'Etat de la République et canton de Genève,

Monsieur le conseiller d'Etat,

Monsieur le conseiller d'Etat du canton de Vaud,

Madame et Monsieur les députés à l'Assemblée nationale française,

Monsieur le consul général de France à Genève,

Mesdames et Messieurs les députés des Grands Conseils des cantons de Vaud et de Genève,

Mesdames et Messieurs les élus de France voisine, de Vaud et de Genève,

Mesdames et Messieurs,

Chers invités,



Je vous souhaite la plus cordiale bienvenue à cette cinquième édition des Assises transfrontalières des élus de la région franco-valdo-genevoise.

La première édition de cet événement avait été initiée en juin 2010 par M. Guy Mettan, député et ancien président du Grand Conseil. Après les thèmes de la gouvernance, de la culture, de la fiscalité et du projet d'agglomération, nous abordons ce soir celui des défis de la politique sanitaire à l'échelle de la région franco-valdo-genevoise, un sujet non seulement passionnant, mais surtout particulièrement important pour notre région et sa population. C'est pourquoi je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont accepté de participer à ce débat.

Ces assises sont l'occasion de nous réunir dans la salle du parlement genevois, qui connaîtra une nouvelle jeunesse dès le mois de juillet 2018, la fin des travaux de rénovation étant prévue pour 2021. Nous nous réjouissons de ce changement! Sans plus attendre, je vais passer la parole successivement à mes deux co-présidents, Mme Sylvie Podio, présidente du Grand Conseil vaudois, et M. Gabriel Doublet, deuxième vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français. Madame Podio, c'est à vous.

Mme Sylvie Podio, présidente du Grand Conseil, Vaud.

Messieurs les co-présidents de cette cinquième édition des Assises transfrontalières des élus,

Monsieur le président du Conseil d'Etat,
Messieurs les conseillers d'Etat,
Mesdames et Messieurs les députés,
Mesdames et Messieurs en vos titres et fonctions,

Nous voici réunis à Genève pour échanger sur un thème d'actualité brûlante - ne serait-ce qu'en raison de l'augmentation des primes d'assurance-maladie qui vient d'être annoncée - à savoir les défis de la politique sanitaire à l'échelle de la région franco-valdo-genevoise. Le panel des intervenantes et intervenants qui s'exprimeront tout à l'heure est des plus relevés, témoignage s'il en faut que les enjeux liés à la santé dans nos régions imbriquées revêtent une importance qui dépasse nos



frontières cantonale et nationale, nécessitant coordination et rationalisation.

D'ici quelques semaines, notre Grand Conseil discutera de crédits d'investissement émanant du département de la santé pour un montant global dépassant allégrement les 50 millions de francs; c'est beaucoup, et il est clair que de tels engagements financiers sont destinés à un bassin de population qui va bien au-delà du canton de Vaud. En parallèle, un nouvel hôpital intercantonal est en voie de construction dans la région franco-valdo-valaisanne, tandis qu'un grand débat, qui sera suivi par de nombreux observateurs, se tiendra au cours des deux prochains mois dans le but de déterminer si le canton de Vaud doit intervenir en matière de remboursement des soins dentaires.

Comme vous pouvez le constater à travers ces exemples, les défis sont multiples et auront naturellement un impact intercantonal, mais aussi directement sur la population. C'est pourquoi je me réjouis d'entendre les invités de la table ronde échanger sur cette thématique, certainement l'une des plus essentielles pour notre société. Je remercie le canton de Genève d'avoir organisé cette cinquième édition des assises et nous souhaite de fructueux débats au cours de cette rencontre. Merci de votre attention.

M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil, Genève.
Merci, Madame. Je laisse maintenant la parole à M. Gabriel Doublet, deuxième vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français.

M. Gabriel Doublet, deuxième vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français. Merci, Monsieur le président. Mesdames et Messieurs, vous me permettrez, puisqu'elles ont déjà été adressées par mes préopinants, de vous épargner les salutations protocolaires. Je veux simplement vous dire ma joie d'être face à vous ce soir, dans ce lieu chargé d'histoire qu'est la salle du Grand Conseil. C'est un honneur, véritablement, et je vous remercie chaleureusement, au nom du Pôle métropolitain du Genevois français, pour l'accueil qui nous est réservé.

Ces assises représentent une magnifique opportunité de mieux nous connaître en échangeant, en partageant nos expériences, en débattant d'une chose que nous avons en commun, notre territoire et notre bassin



de vie transfrontaliers, elles constituent un temps privilégié pour nous permettre de passer un moment ensemble, au-delà des dossiers du quotidien qui nous réunissent souvent, mais nous privent aussi d'espaces plus intimes pour parler du fond, avec un certain recul. Une belle occasion, donc, pour poser toutes les questions qui concernent la vie des résidents du Grand Genève, et c'est le parti pris aujourd'hui puisque le thème qui nous mobilisera sera celui de la santé.

Le maire de la commune de 3500 habitants que je suis pourrait vous infliger une longue litanie, tant ma collectivité a eu à souffrir sur ce point. En effet, le manque de médecins généralistes, qui devient un problème majeur en France voisine, a durement frappé ma localité: dans le courant de l'année 2014, nous nous sommes retrouvés sans aucun praticien. Il a fallu un nombre de démarches considérable, parsemées d'échecs, d'espoirs, puis d'espoirs déçus, avant de parvenir, au prix de tant d'efforts, à fixer un jeune médecin - lequel, hélas, frise déjà le burn-out. La situation est donc très tendue de notre côté, et nul doute que ce sujet fera partie des thèmes traités par la table ronde, comme peut-être les difficultés que nous éprouvons, du côté français, à fidéliser des infirmières dans nos institutions médicales.

Mais au-delà de la santé, au-delà des thématiques qui font le quotidien de notre population, j'aimerais vous signifier combien il est fondamental qu'ensemble nous parlions, qu'ensemble nous puissions trouver des solutions, car il n'est pas un sujet dans cette région qui ne puisse s'appréhender sans le prisme transfrontalier, sans cette donne singulière qui confère une dimension particulière aux choses. Si on devait définir le Grand Genève, si on devait en exprimer la philosophie, ce serait bien celle-ci: bâtir ensemble l'avenir d'un bassin de vie qui, outre le fantastique développement que tout le monde nous envie, produit aussi des déséquilibres parce qu'il a la particularité d'être assis sur des frontières physiques, économiques, culturelles et juridiques.

D'aucuns déclarent que le Grand Genève n'existe pas, niant par là une réalité qui les dérange; pourtant, la géographie nous enseigne qu'un canton aussi dynamique sur un territoire si étroit en rapport ne peut fonctionner sans sa périphérie, l'histoire nous révèle encore que les frontières n'ont cessé de se déplacer et qu'au fil des siècles, les habitants ont changé de nationalité, créant ainsi une culture et des



racines communes. Ces deux raisons profondes impliquent l'évidence selon laquelle nous devons penser la région dans son entier et, partant, tenter de résoudre nos problèmes collectivement.

Ce Grand Genève si souvent caricaturé, vilipendé, déclaré responsable de tous les maux, n'est dans le fond que la tentative de mieux organiser cette agglomération, de veiller à la qualité de vie de ses résidents des deux côtés de la frontière. Le Grand Genève, ce n'est pas une lubie d'élus atteints de folie des grandeurs, ce n'est pas non plus une opération humanitaire à destination des banlieusards de Genève, c'est au contraire le bon échelon pour mener les politiques publiques indispensables au développement de notre bassin de vie, qui s'inscrit dans les mêmes logiques que toutes les grandes métropoles du monde et qui commande qu'on les articule ensemble, quand bien même une frontière le traverse.

Je voudrais vous assurer du volontarisme des partenaires français, de l'Etat jusqu'aux communes, de la région, des départements, des intercommunalités, qui mettent tout en oeuvre pour réaliser les grandes infrastructures dont nous avons besoin - Léman Express, trams, bus à haut niveau de service, voies vertes, etc. - et qui le font avec le précieux soutien de la Confédération. Celle-ci garantit en effet que les bons projets soient financés là où ils ont une dimension transfrontalière, et surtout là où ils bénéficient à la ville-centre, c'est-à-dire Genève. Nous vivons à cet égard des temps passionnants, et je suis persuadé que la totalité de ces projets, entre-temps devenus des chantiers, nous faisant passer du champ de la promesse à celui de la preuve, permettront d'emporter l'adhésion de nos concitoyens qui, pour certains, en ces temps difficiles, sont tentés par le repli et le rejet.

Pour conclure - pardonnez-moi, car j'ai sans doute été un peu long - je souhaite tout simplement dire que le Grand Genève, puisqu'on parle de santé, n'est pas une maladie, c'est au contraire le remède à nos maux. Merci. (*Applaudissements.*)

M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil, Genève.
Merci, Monsieur. A présent, j'ai le plaisir de céder la parole à M. François Longchamp, président du Conseil d'Etat genevois et également président du Groupement local de coopération transfrontalière.



M. François Longchamp, président du Conseil d'Etat, Genève.

Monsieur le président du Grand Conseil genevois,
Madame la présidente du Grand Conseil vaudois,
Monsieur le deuxième vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français,
Messieurs les conseillers d'Etat,
Mesdames et Messieurs les élus de France, de Genève et du canton de Vaud,
Messieurs les directeurs du CHUV et des HUG,
Mesdames et Messieurs,

Il y a un an exactement, les ministres de la santé de France et de Suisse signaient à Paris l'accord-cadre sur la coopération transfrontalière sanitaire. Après la résolution, quelques mois plus tôt, de la question de l'assurance-maladie des travailleurs frontaliers, ce traité a représenté une nouvelle avancée. En quelques mots, il reconnaît la tradition de mobilité propre à notre région transfrontalière, assure la continuité de la délivrance de soins de qualité, ouvre le champ de conventions portant notamment sur les moyens de secours d'urgence et, enfin, favorise une mutualisation des pratiques et un partage de l'information, y compris dans le domaine sensible de l'évaluation des risques.

Il s'agit d'un document important, sa portée dépasse notre agglomération. En France, il concerne le Grand Est, la Bourgogne-Franche-Comté et la région Auvergne-Rhône-Alpes, tandis qu'en Suisse, outre les cantons de Genève et de Vaud, il intéresse Bâle, Berne, le Jura, Neuchâtel, Soleure et le Valais.

Dorénavant, il appartient aux assemblées législatives de nos deux pays de confirmer ce traité afin qu'il puisse entrer en vigueur. En Suisse, il devrait être soumis à la plénière du Conseil national avant la fin de l'année - sa commission de la santé l'a déjà approuvé; notre sénat, le Conseil des Etats, a pour sa part validé ce texte dont les bases avaient été posées il y a trois ans à Genève, à l'unanimité - il est rassurant de savoir que dans notre pays, un sujet international peut encore faire l'unanimité!



La France doit à présent le ratifier. Il n'a échappé à personne que notre grand pays voisin et ami a connu ces derniers mois d'importants changements politiques, d'où un ralentissement des processus. Mais la tradition républicaine garantissant la continuité des institutions, la procédure suit son cours. Je peux même vous dire - nous l'avons appris cet après-midi - que le Conseil des ministres de la République française a mis ce texte à l'ordre du jour de sa réunion du 8 novembre. Pour une fois, la réputation de lenteur des Helvètes paraît quelque peu surfaite !

Ce qui nous lie aujourd'hui, Mesdames et Messieurs, ce n'est pas seulement une part d'histoire, une région traversée de frontières ou une population partagée; ce qui nous relie, ce ne sont pas seulement des routes, le rail ou la mobilité du travail; ce qui nous unit, c'est la décision de partager. Le partage est un choix, donc une décision portée par la volonté. Pour aider aux décisions encore à venir, l'Observatoire statistique transfrontalier a délivré cette année d'intéressantes données concernant la qualité de vie et des soins, ainsi que les facilités d'accès à la santé. Son regard porte sur 31 territoires allant de Nyon à Thonon-Bains, en passant par le pays de la roussette de Savoie. Cette étude sera évoquée dans quelques minutes.

Je la salue par avance, comme il convient de saluer par ailleurs une initiative récente du Comité régional franco-genevois: la création d'un observatoire transfrontalier voué particulièrement au personnel de santé. Les besoins, les pratiques et l'interdépendance sont éclairés par les résultats d'une enquête menée dans huit établissements totalisant 9000 infirmiers et aides-soignants. Les statistiques ont un but: elles décrivent le présent et permettent d'anticiper les adaptations de notre société; aussi, elles favorisent la décision politique.

Mesdames et Messieurs, les réalités partagées concernent chacune et chacun d'entre nous. C'est tout l'intérêt de cette rencontre, que je vous souhaite productive.

Introduction à la thématique de la table ronde par une présentation de l'étude de l'Observatoire statistique transfrontalier

M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil, Genève. Je donne la parole à M. Roland Rietschin, directeur de l'Office cantonal de la statistique, qui va nous résumer les éléments saillants d'une étude réalisée ce printemps par l'Observatoire statistique transfrontalier.

M. Roland Rietschin, directeur de l'Office cantonal de la statistique. Merci, Monsieur le président. Mesdames et Messieurs, bonsoir. Je suis heureux et très honoré d'être parmi vous aujourd'hui, qui plus est perché sur cette espèce de phare tout à fait impressionnant! Je vais vous présenter une étude publiée en mai dernier par l'Observatoire statistique transfrontalier, organisme réunissant l'INSEE Auvergne-Rhône-Alpes et l'Office cantonal de la statistique de Genève, en commentant cinq cartes qui seront projetées sur le mur du fond. Je vous préviens que, compte tenu de la taille de l'écran, si la statistique est généralement panoramique, les cartes sont, elles, carrément impressionnistes! Mais peut-être avez-vous reçu la publication en version papier; dans le cas contraire, vous pourrez la retrouver facilement sur notre site internet - et cela même depuis le bout du monde, donc.

A la fin des années 2000, la commission Stiglitz a recommandé de compléter le produit intérieur brut par des indicateurs sur les conditions de vie, parfois sur la qualité de vie des habitants. Soyons modestes, parlons des conditions de vie. Dans la ligne des travaux de cette commission, les grandes institutions de statistique se sont attelées à élaborer une batterie d'indicateurs, généralement sur les conditions de vie, parfois sur des thématiques spécifiques comme l'égalité entre hommes et femmes. L'Observatoire statistique transfrontalier, toujours dans cette même veine, a fait paraître une présentation des conditions de vie dans le bassin genevois dont je vais vous parler maintenant, en me concentrant évidemment, eu égard au thème de la rencontre, sur les aspects sanitaires.

La première carte se rapporte à l'indice comparatif de mortalité - ne prenez pas peur face aux éléments techniques, je vais vous les expliquer. Ce marqueur permet d'appréhender l'espérance de vie dans



les territoires représentés ici en comparaison avec le pays de référence. Plus le vert est foncé, moins on recense de décès relativement à l'échelon national. Dans les zones jaunes, il y a moins de décès qu'à l'échelle nationale, et dans les zones roses - mais vous constaterez que celles-ci sont plus éloignées de l'agglomération transfrontalière - davantage de décès. Qu'est-ce que cela signifie ? Certes, on ne peut pas chiffrer l'espérance de vie pour des périmètres aussi petits que ceux qui figurent sur cette carte, mais on peut procéder à des calculs afin d'approcher la différence. Eh bien ici, le résultat est positif: l'espérance de vie dans la région transfrontalière est plus élevée que dans le pays de référence, et ce des deux côtés de la frontière.

Je ne veux pas vous ennuyer avec trop de détails techniques, mais on a utilisé une sorte de zonage que nos collègues français emploient pour leurs études et qu'on appelle des territoires de vie. Les limites apparaissent quelque peu sur la carte - ne serait-ce qu'en raison des différences de tons - tandis que la zone d'étude de l'OST, qui est délimitée par une ligne plus grasse, ressort également. En France, les deux départements concernés, soit l'Ain et la Haute-Savoie, présentent des indices de mortalité bas, d'une part parce qu'ils sont épargnés par la mortalité précoce, d'autre part à cause d'une forte concentration de cadres et de personnes exerçant une profession intellectuelle supérieure parmi la population. Du côté suisse, on explique ces données notamment par le niveau de formation de la population, relativement plus élevé qu'en moyenne nationale. Enfin, je ne peux m'empêcher de penser que le fait que cette région soit une terre d'immigration contribue à ce résultat, puisque les gens qui viennent s'installer ici pour travailler sont généralement en bonne santé - excusez-moi pour ce truisme !

Nous pouvons passer à la carte suivante qui présente, dans une autre gamme de couleurs, le temps de trajet jusqu'au plus proche médecin généraliste ou à la plus proche pharmacie. Plus la proportion d'habitants ayant un temps d'accès court est grande, plus c'est foncé. Vous voyez que la carte est très foncée, ce qui est une bonne chose. Dans le Genevois français, 98% de la population réside à moins de dix minutes de route du premier médecin ou de la première pharmacie - cela correspond aux zones les plus foncées sur la carte. Il est à noter que cette part se révèle plus faible dans le sud, le sud-ouest et le sud-est de la région, et encore plus tout à l'ouest. Quand on descend en ligne droite, on arrive dans la



région d'Annecy, et les temps d'accès sont là plus favorables. Du côté genevois, eu égard à l'exiguïté de notre petite république, le premier cabinet médical ou la première pharmacie ne sont globalement pas très éloignés non plus.

Avant de commenter la prochaine carte, Mesdames et Messieurs, je dois vous confesser que nous ne disposons d'aucun chiffre sur le pourcentage de frontaliers consultant en Suisse.

Je pensais à la carte suivante quand M. Doublet a évoqué le généraliste de son village. Si la précédente concernait le temps d'accès au cabinet le plus proche, on élargit ici la thématique en construisant un indicateur d'accessibilité potentielle qui, lui, ne tient pas uniquement compte de la distance, mais également du nombre de médecins en regard de la population, en tenant compte de la répartition de cette population par tranches d'âges, puisque les besoins sont différents entre les âges. Pour la France, cet indicateur vaut 100, c'est la référence - la carte est blanche pour le canton de Genève. Plus c'est foncé, plus l'accessibilité est faible. Ainsi, c'est pratiquement dans l'entier de la région - à l'exception de quelques petites zones en vert - notamment Thonon-les-Bains, que l'accessibilité potentielle au médecin généraliste est faible, nettement plus faible qu'à l'échelon national, et ceci même dans des périmètres conséquents comme Thoiry ou Saint-Genis-Pouilly, qui comptent des dizaines de milliers de résidents. Même si le premier cabinet médical n'est pas loin, l'accessibilité est faible parce qu'il y a un manque de praticiens. Evidemment, tout cela est en relation avec l'offre et la demande.

Par ailleurs, la forte croissance démographique du Genevois français tend à renforcer ces déséquilibres, tout comme - osons le dire - l'attractivité exercée par la métropole genevoise. Selon mes collègues de l'INSEE, le Genevois français apparaît sous-doté en pédiatres, en gynécologues, en ophtalmologues ainsi qu'en praticiens de professions paramédicales, en infirmiers et en masseurs-kinésithérapeutes. Les résultats qu'on observe sur cette carte ne sont donc pas aussi positifs que ceux ayant trait à la mortalité, ce qui va dans le sens de ce que vous disiez, Monsieur Doublet.

Il me reste encore deux cartes à commenter dans le cadre de cette brève présentation, la première portant sur le temps d'accès aux services



d'urgences. Naturellement, on préfère ne pas les fréquenter, mais quand on en a besoin, on souhaite vraiment qu'ils soient situés à proximité ! Plus le vert est foncé, plus ce temps est long. Côté français, il demeure relativement élevé pour une bonne partie de la population, même en considérant les dispositions de la convention transfrontalière qui permettent une prise en charge des urgences aux HUG, à Genève. Dans le Pays de Gex, plus de vingt-deux minutes de route sont comptabilisées, contre quatorze en moyenne pour la région Auvergne-Rhône-Alpes dans son entier. Côté helvétique, à nouveau, l'étroitesse du territoire joue, et les gens vivent en moyenne à cinq minutes du service d'urgences le plus proche - bien entendu, le centre-ville est mieux desservi sur ce plan-là. Cela dit, il reste certaines zones périphériques où le temps d'accès est plus long. Je précise, si vous avez la publication sous les yeux, que les services d'urgences sont localisés par de petits points bleus.

La dernière carte est relative à une autre forme d'urgence, à savoir le temps d'accès aux maternités françaises, lesquelles sont représentées par de petits points malheureusement peu visibles ici, mais que vous pouvez repérer dans la publication. Les habitantes du Genevois français mettent en moyenne une demi-heure pour se rendre à la maternité la plus proche, alors que pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes, on compte douze minutes. Ainsi que vous l'aurez remarqué, pour les résidentes du nord-ouest de la région - c'est-à-dire du Pays de Gex, pour parler en termes extrêmement simples, qui constitue tout de même une zone bien étendue - le temps d'accès à ces équipements est plus long pour des raisons qui vous paraîtront assez logiques: il s'élève à quarante minutes, ce qui est bien au-dessus de la moyenne pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Voilà, Mesdames et Messieurs, les quelques indications que nous, statisticiens, pouvions vous apporter sur la région transfrontalière. Il s'agissait d'une sorte d'amuse-bouche, d'une toute petite entrée pour vos débats. (*Applaudissements.*)

Table ronde

M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil, Genève.
Nous allons à présent débiter notre table ronde, et je remercie M. Ber-

trand Kiefer qui va en assurer la modération, ainsi que tous les invités qui ont accepté d'y prendre part.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci beaucoup, Monsieur le président. Il était prévu que nous commencions par Mme Virginie Duby-Muller, mais il semble qu'elle arrivera en retard pour la première partie de cette table ronde. Nous passons donc tout de suite à Mme Olga Givernet, députée de la troisième circonscription de l'Ain.

Mme Olga Givernet, députée de la troisième circonscription de l'Ain. Je vous remercie pour l'organisation de cet événement et pour cette présentation. Quand j'ai reçu l'invitation, j'ai regardé le titre - « Les défis de la politique sanitaire à l'échelle de la région franco-valdo-genevoise » - et je me suis posé la question suivante: avons-nous des problèmes sanitaires? En d'autres termes: quel est le risque sanitaire dans notre secteur? Je me suis bien évidemment penchée sur la situation du département de l'Ain, dont je suis élue, et la première problématique sanitaire qui me vient à l'esprit - également la plus importante - concerne le non-recours aux soins. Vous avez montré les difficultés que nous avons en matière d'accessibilité aux soins, et la multiplicité des risques est importante: outre l'accès physique en kilomètres, il faut mentionner la complexité administrative, peut-être due au fait qu'il s'agit de deux pays, les longs délais d'attente pour accéder aux soins ou encore la disponibilité des praticiens sur le territoire. Un autre aspect à ne pas négliger réside dans les rapports que les patients entretiennent avec les praticiens. Nous avons beaucoup de praticiens d'origine étrangère qui ne maîtrisent pas forcément bien la langue française, ce qui peut être assimilé dans l'esprit des gens à une baisse de la qualité des soins. Je n'ai pour ma part encore jamais expérimenté ce genre de chose, mais certains pourraient vouloir aller chercher ailleurs ce qu'ils estimeraient être des soins de meilleure qualité. Le turn-over élevé des praticiens gêne par ailleurs fortement la qualité du suivi, en particulier chez les médecins généralistes, tout comme l'éloignement de l'offre. Au final, nous avons un parcours de santé qui devient presque un parcours du combattant.

Nous avons vu le zonage transfrontalier; l'Agence régionale de santé est en train de revoir son zonage du côté français. Je sais les efforts qui



sont faits par les collectivités territoriales, notamment au niveau des communautés de communes, pour discuter de ce zonage. Un certain nombre de mesures sont aussi prises en compte localement pour pouvoir accompagner la coordination des soins sur le territoire - à l'instar des maisons de santé - et il existe également des contrats incitatifs pour faire venir des médecins. Le problème majeur réside dans le fait que le territoire n'est pas attractif pour les praticiens, qui ne viennent pas s'y installer et n'étoffent donc pas l'offre de soins en médecine générale mais aussi spécialisée. Nous avons par ailleurs des dispositifs dérogatoires pour les paramédicaux; toute la zone est ainsi prise en compte dans sa spécificité et sa difficulté d'accès aux soins. Le système de soins français compte vraiment trop peu de généralistes et leur installation est surveillée de près. Il est question ici des soins de première intention; tout va découler du diagnostic de ces praticiens et du suivi qu'ils vont assurer. Je vous passerai les problématiques liées au droit d'option et la complexité administrative inhérente, puisqu'il faut aujourd'hui avoir un accord de sa caisse d'assurance-maladie pour pouvoir se faire soigner en Suisse. Dans les autres pistes étudiées au niveau national, mentionnons la forte volonté d'asseoir la pratique de la télémédecine et de valoriser cette approche pour initier le dialogue entre un patient et un praticien.

Vous avez parlé de distance en kilomètres et de problèmes d'accès; les accès, je le confirme, sont limités. Ils le sont pour toutes les raisons que j'ai pu énoncer: la complexité administrative, les délais, la disponibilité et l'éloignement de l'offre. Je vous remercie. (*Applaudissements.*)

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci, Madame. Je cède la parole à M. Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat vaudois chargé du département de la santé et de l'action sociale.

M. Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat, Vaud. Mesdames et Messieurs, tout le monde a été longuement salué; je n'y reviens pas. Quand j'écoute Mme la députée, je dois dire que chez nous, du côté vaudois, les problèmes sont quasiment inversés: ce matin encore, j'ai par exemple dû signer des autorisations de pratique pour des psychiatres français établis dans un centre de psychiatrie ambulatoire. La Suisse détient la plus haute densité de psychiatres au monde. Le pays le plus proche derrière nous, deuxième au classement - la Finlande - compte

déjà deux fois moins de psychiatres que la Suisse; je n'ai pas osé demander de calculer la densité des psychiatres dans le canton de Vaud, elle est probablement encore largement supérieure à la moyenne suisse. La psychiatrie est un phénomène particulier, mais nous avons une densité médicale très forte, qui nous pose des problèmes de coûts, dans la plupart des spécialités médicales. Les coûts étaient à peu près maîtrisés dans mon canton jusqu'à une funeste décision du Parlement fédéral qui, souhaitant tester un peu le marché libre, s'est dit: « Après tout, si nous essayions d'ouvrir les frontières et de laisser tout praticien européen s'établir ? » Entre une consultation à 25 ou 30 euros en France et une consultation à 200 F en Suisse, un certain nombre de médecins exerçant dans toute une série de disciplines a évidemment choisi de s'établir dans notre pays. Et les 200 F que j'évoque s'appliquent pour la psychiatrie ou la médecine générale; dans certaines spécialités, la rémunération peut atteindre pour certains actes 600 F ou 800 F l'heure.

En dix-huit mois, notre densité médicale a donc augmenté de 15%, essentiellement chez les spécialistes. C'est ce qui nous vaut aujourd'hui une hausse massive des primes d'assurance-maladie qui, vous le savez, se paient par tête. En Suisse, une famille de deux adultes et deux enfants paie environ 1000 F à 1200 F par mois pour l'assurance-maladie, bien que chez moi ce soit un peu moins cher qu'à Genève. Le canton de Vaud essaie de soutenir les ménages, notamment ceux de condition modeste, afin qu'ils puissent payer ces primes, mais cette politique sociale fait évidemment exploser les budgets publics. Tout ça alors que nous n'étions pas plus mal soignés avant la levée du moratoire que nous le sommes aujourd'hui - peut-être même l'étions-nous un peu mieux, puisqu'on sait que quand la densité de médecins est trop élevée, les risques de prestations inutiles sont plus importants. Nous avons depuis regagné le droit de réguler un peu les arrivées, mais cette régulation a des lacunes: tout praticien qui vient travailler dans un hôpital, ou dans un établissement agréé pour la formation, peut obtenir le droit de s'installer s'il reste en poste trois ans. C'est pourquoi nos hôpitaux, qui se sont vidés de toute une série de praticiens pendant la période de liberté d'installation, ont recruté beaucoup de monde dans vos régions frontalières et au-delà. Et comme ces nouveaux arrivants ont à leur tour le droit de s'établir après trois ans passés dans un hôpital, le cercle vicieux se poursuit. Voilà notre réalité: nous n'avons pas de problème d'approvisionnement en soins, plutôt un problème d'excès d'approvisionnement



en soins.

Je mets de côté la question des généralistes qui, si elle est moins problématique que chez vous, est tout de même sensible. Certaines régions de mon canton, qui ne se limitent pas à la zone frontalière avec la France - du côté des cantons voisins de Berne ou du Valais - connaissent effectivement des problèmes de renouvellement des pratiques de médecine générale. Les tarifs sont à l'origine de ce problème: quand on se forme en médecine, il faut quasiment être un peu idéaliste pour choisir la médecine générale puisqu'on y gagne deux à trois fois moins que si on choisit une autre spécialité, alors que les études sont tout aussi longues. Ces déterminants sont également fixés par la politique fédérale sur laquelle nous essayons, avec mon collègue Poggia, de reprendre un peu la main par des initiatives visant à redonner une partie des compétences aux cantons et à avoir ainsi un peu de marge de manoeuvre. Dans ce sens, l'accord-cadre est bienvenu parce qu'il nous donnera un peu de latitude pour essayer de négocier des accords; nous sommes très favorables - tant Mauro Poggia que moi, je pense - au fait d'ouvrir nos équipements et nos consultations de professionnels, qui sont d'ailleurs souvent assurées par des Français, à la population française qui doit sinon faire de très longs parcours pour accéder à des services d'urgence ou à des consultations de pédiatrie, de psychiatrie ou d'autres disciplines de médecine générale. Le problème qui se pose, c'est le financement: il est évident que nos tarifs sont hors de prix pour votre sécurité sociale.

Nous serions prêts, à la marge, à avoir des accords tarifaires un peu modérés, ce qui pose par ailleurs des problèmes de soutien politique. A titre personnel, j'y suis ouvert. Nous avons par exemple deux services de pédiatrie, l'un à l'hôpital de Nyon, avec des urgences pédiatriques, l'autre à l'hôpital de Morges; la question de leur viabilité, des masses critiques se pose. L'une des possibilités consisterait à ouvrir celui de l'hôpital de Nyon à des populations de la région de Divonne, par exemple: elles sont proches et pourraient renforcer les masses critiques de cet hôpital afin de nous éviter peut-être des questions douloureuses dans quelques années - ou dans moins de temps - si la sécurité devient un enjeu. Le canton dans lequel je suis ministre de la santé a des finances assez saines, nous ne sommes donc pas aux abois et n'avons pas besoin de fermer des sites pour des raisons d'économicité, mais ce n'est pas très sain d'avoir des services pédiatriques dont la casuistique est insuffisante, parce qu'on perd évidemment en compétences si on n'a pas

assez de cas à traiter. Il y a donc là des ouvertures possibles. Il y en a aussi de l'autre côté du lac avec le futur hôpital de Rennaz, un hôpital neuf qui réunira toute une série de services - dont la pédiatrie, mais aussi l'oncologie, la cardiologie - et qui sera proche de la population française habitant vers Saint-Gingolph, Evian, etc. La France dispose toutefois d'infrastructures à proximité, ce n'est donc peut-être pas là que les besoins sont les plus élevés.

Je voudrais conclure en disant à la fois notre reconnaissance et notre mauvaise conscience de recruter à ce point des compétences que vous formez en France. Reconnaissance parce que ces professionnels nous apportent beaucoup et nous sont parfois indispensables. La mauvaise conscience provient de ce que nous profitons de professionnels dont la formation ne nous a rien coûté. Nous essayons de nous rendre moins dépendants, également pour des questions de justice. Le canton de Vaud a doublé ses capacités de formation en soins infirmiers et des volées d'infirmières sortent maintenant de l'école et couvrent les besoins. Nous avons ainsi pu démanteler les filières de recrutement nécessaires à notre approvisionnement en compétences de soignants que nous avons en France, au Québec et au Portugal; ce sont désormais nos infirmières, formées chez nous, qui assurent ce rôle. Ce n'est pas encore assez le cas pour les médecins, mais nous allons aussi travailler à renforcer nos capacités à former nous-mêmes des praticiens pour essayer d'être moins en concurrence - de manière un peu déloyale - avec les zones frontalières. Mais, en comparaison internationale, il est évident qu'il faut des salaires extrêmement élevés pour vivre en Suisse et ces salaires ont forcément un solide pouvoir d'attraction sur les pays voisins.

Voilà quelques mots pour décrire notre situation et ses enjeux. Même si on n'est jamais à l'abri d'un problème d'approvisionnement, l'enjeu principal réside dans les coûts et dans les problèmes de financement que ceux-ci engendrent pour la classe moyenne et les milieux modestes, qui ont de la peine à payer ces sommes croissantes et ces primes par tête. Merci pour votre attention. (*Applaudissements.*)

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci beaucoup. Je passe tout de suite la parole à votre homologue genevois, M. Mauro Poggia.



M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, Genève. Bonsoir, Mesdames et Messieurs. Je partage bien évidemment les propos tenus par Pierre-Yves Maillard; nous avons un point de vue commun sur le sujet. Je suis assis ici entre Vaud et la France, et Genève a aussi cette position géographique. Ce qui m'interpelle en regardant les cartes projetées tout à l'heure, c'est de voir qu'il y a une multitude de couleurs, alors que si la région fonctionnait vraiment, si nous avions une politique régionale de la santé, il devrait y avoir une couleur pratiquement unie puisque nous travaillerions ensemble pour qu'il y ait un flux homogène de la population de patients au niveau de la réponse aux besoins. Les frontières sont encore aujourd'hui une réalité; nous essayons de les gommer par des accords-cadres dans l'intérêt des populations dont nous avons le soin, mais les problématiques ne sont évidemment pas les mêmes partout. On nous demande de faire des planifications au niveau national pour que les patients n'aillent pas forcément se faire soigner dans un autre canton que le leur, et nous essayons par conséquent de réguler le flux des patients entre Genève et Vaud bien qu'il soit théoriquement possible de passer de l'un à l'autre et que nous ayons des réponses sanitaires de qualité tant sur Vaud qu'à Genève; il n'y a donc pas véritablement de problème. Ce n'est pas le cas dans tous les autres cantons suisses, où certains transferts de patients d'un canton à l'autre impliquent d'autres problématiques.

La collaboration sanitaire Vaud-Genève fonctionne; elle fonctionne même de mieux en mieux depuis que tout le monde est convaincu que deux hôpitaux universitaires situés à 60 km l'un de l'autre ne peuvent que travailler ensemble. Les directeurs généraux du CHUV et des HUG s'exprimeront d'ailleurs sur les collaborations qui existent aujourd'hui, avec des centres lémaniques ou romands qui permettent d'amener les compétences auprès des patients, qu'ils soient dans le canton de Vaud ou dans le canton de Genève. Nos structures tarifaires sont les mêmes et cela ne pose donc pas de problème particulier. Depuis cette année, nous avons même une tarification identique pour l'hospitalier stationnaire, ce qui facilite également les choses.

La situation entre la Suisse - et nos deux cantons en particulier - et la France est évidemment différente, et a principalement été marquée par la décision ministérielle française d'orienter l'ensemble des travailleurs frontaliers au bénéfice de mutuelles par l'exercice du droit

d'option; pour les Suisses dans la salle, les mutuelles sont équivalentes à nos assurances complémentaires. Je n'occupais pas ma fonction actuelle lorsque c'est arrivé, mais j'ai vu le changement et nous en avons suivi les conséquences en essayant de les amoindrir. La règle veut que l'on soit assuré dans le pays où l'on travaille, pour l'assurance-maladie comme pour toute la sécurité sociale; les travailleurs frontaliers étaient donc en principe soumis à la LAMal, ce qui impliquait évidemment la possibilité de se faire soigner en Suisse sans entraves. Certains travailleurs frontaliers avaient exercé le droit d'option pour être assurés en France grâce à des mutuelles qui offraient toutes les mêmes prestations que la LAMal - y compris la possibilité de se faire soigner en Suisse - pour des primes moindres puisque la population qui s'assurait par ces mutuelles était une population statistiquement plus jeune et en meilleure santé que la population globale soumise à la LAMal en Suisse. Le fait d'obliger ces assurances mutuelles à résilier dans un délai déterminé l'ensemble des contrats et d'orienter vers la sécurité sociale les personnes qui avaient opté pour elles a eu évidemment un impact important, la sécurité sociale ne prenant pas en charge les coûts des soins en Suisse de la même manière. Celles et ceux qui ont les moyens de se faire soigner en Suisse ont continué à le faire, mais on a bien sûr constaté une baisse importante.

Je ne parle pas ici sauvegarde de chiffre d'affaires, je parle ici de réponses adéquates à des problèmes sanitaires, et le département de l'Ain est encore moins bien loti que le département de la Haute-Savoie en ressources sanitaires hospitalières. On a malheureusement vu surgir des « autoroutes de contournement » du canton de Genève pour des patients que les Hôpitaux universitaires de Genève auraient parfaitement pu prendre en charge de manière adéquate - comme ils le faisaient par le passé. Ces patients sont acheminés vers des hôpitaux qui se sont vus grossir structurellement pour pouvoir répondre à cette nouvelle patientèle que l'on voulait systématiquement garder sur territoire français, avec bien sûr tous les problèmes de personnel soignant que cela a engendrés. L'attractivité salariale helvétique, dont a parlé Pierre-Yves Maillard, fait que ce personnel soignant préfère évidemment travailler en Suisse plutôt qu'en France. A entendre nos collègues français, ces problèmes sont donc devenus extrêmement importants de leur côté de la frontière, et nous sommes quant à nous un peu impuissants à leur offrir une réponse adéquate. Cela engendre des temps d'attente qui dé-



passent l'entendement dans certaines spécialités ou la nécessité d'hospitaliser à Grenoble ou à Lyon des enfants dont les parents vivent à Gaillard, alors que ceux-ci devraient pouvoir être à leur chevet pour les soutenir. Au-delà des problèmes pratiques, il y a donc des problématiques humaines qui n'ont malheureusement pas trouvé la réponse que nous aurions souhaitée.

Les structures décisionnelles françaises ne sont pas les mêmes qu'en Suisse; nous avons ici la chance de pouvoir prendre des décisions de manière beaucoup plus indépendante. Cet accord-cadre va heureusement être adopté par les deux parties d'ici la fin de l'année, ce qui permettra - je l'espère - de trouver des accords pour que nous parvenions à des réponses véritablement équitables pour les populations des deux côtés de la frontière; encore faudra-t-il une véritable volonté politique de tous - que, j'en suis certain, nous trouverons et que des journées comme celle-ci permettent en tout cas de renforcer. Je pense que les autres intervenants parleront des collaborations existantes sur lesquelles il y a évidemment beaucoup à dire. Nous avons en particulier des accords en matière d'urgences; le bon sens veut que, dans ces cas-là, on aille en principe au lieu le plus proche. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas et certains faits - que j'espère isolés - ont défrayé la chronique, dont celui concernant une personne qui aurait dû être amenée aux HUG mais a été emmenée dans un hôpital plus éloigné avec des conséquences dramatiques. Nous voulons évidemment tous que ce genre de situation ne se répète pas, mais il faut aussi qu'il y ait des accords tarifaires. Comme l'a dit mon collègue Maillard, nous sommes prêts - nous l'étions par le passé et nous le sommes toujours - à trouver des solutions pragmatiques, mais il va de soi qu'il faut des concessions de part et d'autre pour trouver des réponses adéquates. (*Applaudissements.*)

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci bien. Je cède maintenant la parole au directeur général du CHUV, M. Pierre-François Leyvraz.

M. Pierre-François Leyvraz, directeur général du CHUV. Mesdames et Messieurs, dans un hôpital universitaire comme le CHUV, l'une de nos préoccupations concerne le coeur du réacteur: les collaborateurs. Dans le cadre de cette question transfrontalière, je me suis intéressé à l'origine des collaborateurs afin de voir où on en est. Le

CHUV, pour information, compte environ 11 000 collaborateurs: 44% sont de nationalité étrangère, dont 18% français. En tout, il y a environ cent nationalités qui se côtoient. Parmi les 456 médecins cadres, soit les professeurs et les médecins seniors, 52 sont de nationalité française et quelques autres sont italiens ou allemands. Tous ces chiffres montrent une chose importante, qui a déjà été soulignée, à savoir que notre hôpital ne pourrait pas fonctionner sans l'apport de forces étrangères. Cet état de fait nous stimule donc fortement à trouver des solutions pour les médecins - à l'instar de ce qui se fait maintenant dans le milieu infirmier - parce que le CHUV ne tournerait simplement pas s'il n'avait pas ces collaborateurs frontaliers ou étrangers.

Les frontaliers qui traversent le lac représentent à peu près 7,6% de notre personnel; ce chiffre a assez peu varié au cours de ces dernières années. A peu près 86% des frontaliers qui viennent travailler chez nous sont de nationalité française et résident en France; beaucoup viennent de Haute-Savoie - ils traversent donc le lac - un certain pourcentage vient de l'Ain et 30% d'autres départements. Certains viennent même d'assez loin. Et puis, il y a aussi ceux que j'appellerai de faux frontaliers, c'est-à-dire les 64 collaborateurs suisses établis en France et qui viennent chaque jour travailler chez nous. Concernant le profil professionnel, les deux tiers de ces collaborateurs sont des soignants, il y a un petit pourcentage - 8% à peu près - de personnel administratif et un certain nombre d'experts, de spécialistes, notamment dans la logistique, que l'on ne trouve pas facilement chez nous. Le contrat de travail de ces frontaliers est à peu près identique à celui de nos collaborateurs suisses; ils ont un contrat à durée indéterminée, reçoivent les mêmes salaires et sont soumis aux mêmes conditions d'assurance en dehors de l'assurance-chômage pour laquelle le régime français s'applique. Sur le plan fiscal, les frontaliers qui résident en France paient leurs impôts dans l'Hexagone pour autant qu'ils retournent quotidiennement chez eux, sinon ils sont soumis à l'impôt à la source.

Le nombre de collaborateurs frontaliers, comme je l'ai dit, reste très stable au cours du temps: entre 7% et 8%. Nous favorisons le plus possible les candidatures de citoyens suisses dans notre politique de recrutement, précisément aussi pour ne pas engager des personnes qui pourraient être utiles dans leur pays d'origine; ce n'est que lorsqu'on ne trouve pas la compétence chez nous que l'on s'adresse à l'extérieur,



notamment en France. Personnellement, je suis très content de pouvoir compter sur ces collaborateurs parce qu'ils s'intègrent bien dans nos institutions. Plusieurs professeurs nommés récemment au CHUV viennent de Lyon et ils sont parfaitement intégrés chez nous - j'ai aussi partiellement été formé dans cette ville, je connais donc bien l'école lyonnaise. Ils nous apportent beaucoup, notamment des échanges au niveau scientifique mais également des échanges de jeunes médecins qui peuvent aller se perfectionner dans les hôpitaux français et donc dans des centres disposant de casuistiques beaucoup plus importantes que nous, ce qui à mon sens est très positif; 48 médecins ont bénéficié ces dernières années d'une bourse de notre hôpital pour aller se perfectionner dans les grands hôpitaux universitaires français. Et puis, quelques-uns de nos collègues et professeurs français ne sont plus frontaliers, parce qu'ils trouvent la Suisse tellement belle qu'ils viennent s'y installer. (*Applaudissements.*)

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci beaucoup pour cette belle conclusion. Je passe la parole à M. Bertrand Levrat qui est directeur général des HUG.

M. Bertrand Levrat, directeur général des HUG.

Messieurs les conseillers d'Etat,
Mesdames et Messieurs les députés,
Mesdames et Messieurs,
Chers collègues,

J'aimerais d'abord vous remercier d'être là et de l'intérêt que vous portez au sujet. C'est extrêmement important, parce que, comme acteurs de la santé, on se dit qu'il y a énormément de choses à faire; je pense que si elles sont menées ensemble, elles sont vraiment réalisables, avec des logiques axées sur la population de nos territoires et pas forcément sur les frontières qui les séparent. En tant qu'employeurs, les HUG ont des responsabilités envers leurs 11 500 collaborateurs - nous en comptons 500 de plus que le CHUV, mais nos établissements sont très similaires et de taille très proche - et tout ce qui vient d'être dit par Pierre-François Leyvraz est tout à fait juste pour les HUG également: pour fonctionner, nos institutions ont besoin d'un certain nombre de collaborateurs venant d'au-delà de nos frontières, et chez nous aussi

nombre d'entre eux sont de nationalité étrangère ou double-nationaux. Sur les 11 500 collaborateurs des HUG, plus de 5000 habitent en France bien qu'ils ne soient pas tous de nationalité française - loin de là: à la différence de ce qui concerne le CHUV, un certain nombre de Genevoises et de Genevois, notamment de la classe moyenne, ne trouve pas à se loger dans le canton et réside en France voisine. Les Hôpitaux universitaires de Genève ont une responsabilité d'employeur dont l'impact économique dépasse largement les frontières genevoises, nous en sommes conscients et nous y sommes attentifs.

J'aimerais maintenant vous dire deux choses sur la médecine et sur la santé. La première, et le conseiller d'Etat Mauro Poggia l'a relevé, c'est qu'il existe un certain nombre d'accords de collaboration. Je vais citer les urgences, notamment les « prière d'admettre », et la venue presque quotidienne des ambulances françaises aux HUG ou de l'hélicoptère du SAMU. Nous avons des accords en matière de néonatalogie avec les hôpitaux privés de Savoie et avec les hôpitaux de la région pour permettre, notamment aux grossesses à risque, de bénéficier de notre maternité qui est hautement spécialisée dans les accouchements compliqués. La médecine hyperbare était un paradoxe absolu puisque les caissons hyperbares des HUG servent notamment à porter secours aux personnes qui ont des accidents de plongée dans toute la Suisse; par contre, les gens qui avaient un tel accident dans le lac d'Annecy étaient héliportés à Lyon ou, s'il n'y avait pas de place, jusqu'à Marseille. Etre le centre de référence pour la Suisse entière et accueillir des noyés du lac de Zurich mais ne pas pouvoir le faire pour ceux du lac d'Annecy était très paradoxal, et nous avons pu progresser et conclure des accords très fructueux dans la collaboration autour de la médecine hyperbare. Enfin, puisque nous disposons d'un « stroke center » pour les AVC, nous sommes en train de discuter avec les hôpitaux de France voisine sur des accords visant à améliorer la prise en charge de cette pathologie, sachant que dans ce domaine le temps de transport jusqu'à un centre spécialisé est absolument déterminant et que nous avons aux HUG des capacités de prise en charge qui permettront de sauver des vies; j'espère que nous parviendrons à établir cette collaboration.

Des collaborations existent donc avec la France voisine et elles sont assez efficaces sur un certain nombre de sujets, mais, comme l'a relevé M. Mauro Poggia, il s'agit plutôt de collaborations stables voire en recul plutôt que de collaborations en développement, si l'on considère ces



cinq dernières années. A l'inverse de ce qui se passe avec nos amis et voisins vaudois, avec qui nous partageons non seulement le plaisir d'avoir presque le même nom mais aussi la même envie de travailler en réseau, ensemble et en mettant nos compétences en commun, je dois relever à regret que la collaboration avec nos collègues français ne se fait pas dans la même dynamique et ne se développe pas de manière aussi intense qu'elle le pourrait. Ça ne veut pas dire qu'elle n'existe pas, mais je pense qu'il y a matière à faire mieux. A cet égard, je souhaiterais faire un plaidoyer en faveur de la médecine hautement spécialisée et de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière qui nous donnera en tant que collectivités locales la marge de manoeuvre et la latitude nécessaires pour améliorer la situation actuelle - il vient d'être ratifié par les autorités suisses et on espère qu'il le sera très prochainement par les autorités françaises. J'aimerais vous donner un exemple afin de vous expliquer pourquoi c'est important. Pendant des années, l'hélicoptère de la gendarmerie française faisait du vol stationnaire à 50 cm du sol lorsqu'il s'agissait d'amener un blessé aux HUG et hélitreuillait celui-ci sur le toit de l'hôpital, parce que la gendarmerie nationale n'avait pas l'autorisation de se poser sur territoire étranger. C'est un décret signé par le président de la République française, M. Jacques Chirac, qui a enfin remédié à la situation. Cet exemple n'est pas si vieux mais il illustre pourtant un fonctionnement qui pendant des années a rendu difficiles la mise sur pied d'accords de collaboration et la construction d'une logique régionale au service des patients, parce qu'il y avait une disproportion et que certaines choses devaient remonter jusqu'à Paris; ce que je vous dis sur l'hélicoptère de la gendarmerie nationale est tout à fait authentique.

Avec cet accord-cadre, nous avons la capacité de mettre sur pied des accords de collaboration qui peuvent renforcer les réseaux sanitaires et permettent de faire de véritables avancées dans la prise en charge. C'est un scandale - excusez-moi du terme, je devrais peut-être mesurer mes propos dans cette salle - c'est un scandale de penser qu'à l'heure actuelle un enfant victime d'une forme rare de cancer doit être soigné au CHU de Grenoble ou de Lyon même s'il habite à Annemasse, à Saint-Julien, à Ferney-Voltaire, et alors même qu'il a un CHU de même compétence à vingt minutes de voiture de l'endroit où vivent ses frères, ses soeurs, ses parents; il ne s'agit pas de dire que d'un côté de la frontière on fait les choses mieux que de l'autre, ce n'est pas la question, l'enfant

est soigné en France avec une compétence et des capacités absolument comparables à celles qui existent en Suisse. J'ai la certitude qu'ensemble nous pouvons construire une région, j'ai la certitude qu'ensemble nous pouvons avoir ce type de discussion, et cet accord-cadre nous le permet: il nous permet de faire mieux, de construire autour de la médecine hautement spécialisée, qui est d'une grande complexité, d'avoir recours à un hôpital universitaire de la région - à deux hôpitaux universitaires de la région, parce que ceci est également vrai pour le CHUV - afin d'améliorer la prise en charge des citoyens, qui habitent un territoire et pas seulement un pays.

Je me réjouis que l'on puisse travailler dans ce cadre-là, je me réjouis que l'on puisse essayer d'avoir une influence sur l'ARS avec les collectivités locales françaises qui sont ici, parce que c'est à l'Agence régionale de santé que sera déléguée l'autorité pour signer ce genre d'accord. Essayer de construire une logique régionale pour la prise en charge des patients sera évidemment complexe, mais ce sera bénéfique pour les patients, pour leur famille, pour leurs proches et même dans une logique économique. Pour reprendre l'exemple du petit enfant atteint d'une forme rare de cancer, la sécurité sociale paie aujourd'hui tous les déplacements ainsi qu'une partie du logement et le coût complet de la prise en charge; je ne suis pas sûr que la facture globale soit vraiment plus élevée en Suisse qu'en France. Je suis toujours extraordinairement optimiste, j'ai donc la certitude que nous pouvons passer de la logique de sites organisés autour des médecins à une logique de réseaux organisés autour des patients, et ce quelle que soit la couleur du passeport, la couleur de peau ou la nationalité. Nous nous devons de trouver des solutions innovantes au service des patients de notre territoire. (*Applaudissements.*)

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci pour votre intervention. Je passe pour finir la parole à M. Jean-Michel Hue, directeur de la délégation départementale de la Haute-Savoie à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Peut-être pourriez-vous commencer par expliquer en deux mots ce qu'est l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ?

M. Jean-Michel Hue, directeur de la délégation départementale de la Haute-Savoie à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.



Monsieur le président,
Mesdames et Messieurs les élus,
Madame la députée,
Monsieur le sous-préfet de Saint-Julien,

Je voudrais saluer les autorités et vous remercier de votre invitation à ces assises transfrontalières, extrêmement intéressantes d'après ce que j'ai pu entendre jusqu'à présent. C'est d'autant plus important que nous sommes à un moment clé pour l'ARS puisque nous sommes en train de travailler sur le nouveau projet régional de santé, une déclinaison de la stratégie nationale de santé que la ministre des solidarités et de la santé présentera prochainement au Parlement afin qu'il la vote.

Pour répondre à M. Kiefer, je vais me présenter brièvement et dire quelques mots de l'ARS. Je suis arrivé dans le département en juillet et je découvre cette problématique spécifique à vos territoires. Par formation et par mon expérience, je suis directeur d'hôpital; j'ai exercé pendant une trentaine d'années dans différents établissements français et je salue donc particulièrement mes deux collègues. L'ARS, l'Agence régionale de santé - successeur des Agences régionales d'hospitalisation - est issue d'une loi relativement récente qui a subi différentes réformes. La réforme régionale, également appliquée à d'autres administrations, est la dernière en date; elle a ici regroupé un ensemble important de départements puisque notre agence comprend ceux d'Auvergne et de Rhône-Alpes. L'ARS est chargée de différentes et vastes missions dans le domaine sanitaire, médico-social, un peu dans le social et également en matière de santé environnementale: décliner la politique de santé nationale, gérer les infrastructures et les équipements, gérer les autorisations et gérer les situations exceptionnelles et de veille sanitaire. J'ai sûrement oublié une ou deux missions, mais vous pouvez déjà vous faire une idée de son champ d'action et des responsabilités importantes qui sont conférées au directeur général. Structurellement parlant, l'ARS se compose d'une direction générale, de directions métiers et, pour assurer le relais sur le plan local, de directions des délégations départementales qui sont principalement chargées de l'animation territoriale. J'ai donc cette responsabilité pour le département de la Haute-Savoie et Isabelle de Turenne, qui m'a accompagné ce soir, représente quant à elle la délégation de Savoie. Elle pourra peut-être également s'exprimer; elle est plus particulièrement chargée de l'observatoire des professionnels de santé.

Je voudrais revenir sur différents points, parce que le projet régional de santé va décliner une politique nationale en intégrant un certain nombre d'éléments nouveaux de décloisonnement, de travail en réseau, de travail en complémentarité puisque, pour avoir une approche élargie de la prise en charge, nous mettons actuellement en place les groupements hospitaliers de territoire. Nous visons également une approche moins hospitalière qui va s'appuyer sur l'usager, sur le citoyen et sur les réseaux locaux; il est très important de sortir des murs de l'hôpital même si celui-ci reste une structure de base pour répondre aux besoins de santé. C'est évidemment un défi politique, un défi pour les citoyens, un défi pour les professionnels de santé.

J'ai entendu ce soir beaucoup d'éléments concernant les flux de professionnels, quelques éléments sur les flux d'activités également - autre point important - et je remercie certains intervenants d'avoir souligné la nécessité des échanges, du développement des collaborations entre professionnels et entre praticiens; c'est fondamental et je pense que l'ARS sera particulièrement attentive à développer ces aspects qui d'ailleurs auront certainement un impact sur les autres problématiques de flux. Concernant les départements de l'Ain et de la Haute-Savoie, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes m'a chargé de vous dire que l'agence va évidemment intégrer ce volet de collaboration transfrontalière de manière particulièrement appuyée, à la fois sur les échanges dont je parlais mais également sur les questions de formation, d'innovation technologique et bien entendu de prise en charge des patients, en distinguant différents niveaux de recours, les niveaux d'urgence et les niveaux de proximité. Il est peut-être également important de souligner les possibilités de collaboration pour la gestion des situations exceptionnelles, parce que nous sommes à une époque où ces questions-là doivent s'enraciner dans l'organisation et la politique de nos établissements.

Voilà ce que je peux dire à ce stade; je vous remercie encore pour ces échanges. Je pense qu'il est également très important de suivre de manière extrêmement attentive et peut-être aussi de formaliser les éléments d'évaluation des coopérations que nous pourrions mettre en place dans les différents domaines. La question des professionnels est évidemment épineuse pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes puisque nous nous trouvons du mauvais côté, si je puis dire, et nous sommes en effet un peu en difficulté - particulièrement dans le département de l'Ain, un



peu en Haute-Savoie - mais il ne faut pas vous sentir coupables: je pense que cette question pourra évoluer, à la fois en fonction de votre politique et peut-être aussi en fonction de la qualité de nos collaborations.

Questions du public

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Enormément de choses ont été dites, beaucoup de problèmes soulevés, mais de loin pas tous, et je présume qu'il y a passablement de réactions ou d'interrogations parmi les participants. Sans transition, nous allons donc passer aux questions du public. Pour ceux dont je ne connaîtrais pas le nom, je vous remercie de bien vouloir vous présenter. Monsieur qui êtes derrière moi, vous avez la parole.

M. Antoine Vielliard, maire de Saint-Julien-en-Genevois. Bonsoir et merci. Antoine Vielliard, maire de Saint-Julien et également vice-président du CHANGE, le CH Annecy Genevois - d'ailleurs, il aurait sans doute été utile d'inviter le directeur de ce centre hospitalier, qui est le plus important établissement de France en dehors des CHU et qui est relativement attractif parce qu'il dispose d'équipements modernes. J'aimerais vous faire part de quelques remarques.

Tout d'abord, si on veut une coopération transfrontalière, il faut savoir ce dont on a besoin et déterminer les besoins en face. Les échanges sont souhaitables, certes, mais pour qu'ils soient constructifs, ils doivent se faire dans les deux sens. Quelqu'un a souligné le fait que les capacités hospitalières pourraient être mises à profit pour la population frontalière, mais on ne passera pas à côté de l'écueil suivant: les déficits de l'assurance-maladie en France sont vertigineux, tandis que la problématique des primes en Suisse est aussi liée aux déficits. Dans ce contexte, la caisse primaire d'assurance-maladie - dont il aurait également été souhaitable d'avoir un représentant ce soir - n'aura jamais les moyens de payer des soins dont le coût est trois fois plus élevé. Partant, une coopération ne sera possible qu'au cas par cas, dans des situations où le coût total avec le déplacement et le logement sera moindre.

Cela dit, la réciproque est vraie: les coûts de la santé - médicaments, traitements, prise en charge - sont trois fois moins élevés dans

les filières de soins françaises, et il y aurait là matière à des échanges à double sens. Au demeurant, certaines sociétés d'assurance couvrant les fonctionnaires internationaux à Genève ont pu baisser leurs primes de 20% en incitant leurs assurés à se faire soigner dans les établissements français. Il y aurait éventuellement matière à échanges s'agissant de spécialités, de soins de base, afin que chacun y trouve son compte et puisse assurer ses frais fixes. En effet, les filières de santé génèrent des coûts énormes, et donc la masse est importante pour assurer leur pérennité, tant en Suisse qu'en France.

Une petite anecdote au sujet de la formation, pour terminer: un certain nombre d'infirmières du centre hospitalier Annecy Genevois vont régulièrement travailler aux HUG - je salue à cet égard le premier employeur de Saint-Julien et du département de la Haute-Savoie en général! - notamment pour des remplacements en cas de congés maternité. Pendant cette période, elles s'acquittent d'une assurance-maladie suisse mais, à la fin du contrat, elles sont au chômage en France. Le problème, c'est qu'elles ne sont pas indemnisées par l'assurance-chômage française puisqu'il s'agit de la fonction publique. L'hôpital étant son propre assureur, le CHANGE assume aujourd'hui les frais de chômage pour des aides-soignantes qui ont fait des remplacements à Genève. Or s'il cherche à les recruter à nouveau, elles se retrouvent dans la situation suivante: au chômage, elles touchent trois fois leur rémunération; en allant travailler, un tiers seulement. Ce travers représente une charge énorme pour les filières hospitalières françaises dans la région frontalière.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Je vous demande juste une précision concernant ce que vous avez mentionné tout au début: dans le fond, vous avez l'impression que l'hôpital d'Annecy est davantage demandeur d'échanges que les établissements de Genève ou Vaud, c'est bien ça ?

M. Antoine Vielliard, maire de Saint-Julien-en-Genevois. Les échanges sont nécessaires, mais ils ne pourront se révéler tenables et durables sur le long terme qu'à condition d'être réciproques. Si, de part et d'autre de la frontière, on cherche juste à amortir ses frais fixes sur une base plus importante, on ne va pas aller bien loin, on sera toujours confronté aux mêmes difficultés, parce qu'on a forcément besoin d'assurer la pérennité de nos filières de soins.



M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Qui souhaite répondre du côté de la table ronde ? Bertrand Levrat, peut-être ?

M. Bertrand Levrat, directeur général des HUG. Oui, volontiers. Je voudrais relever quelques éléments. S'agissant de l'exemple cité, tout d'abord, je suis surpris que des infirmières soient au chômage, parce que nous en avons tous besoin. Cela dit, Monsieur, j'entends votre question; il y a manifestement quelque chose qu'il nous faudra adapter. Ce qui a été dit est tout à fait juste, c'est-à-dire que les échanges transfrontaliers dont on parle doivent constituer une collaboration bidirectionnelle, qui n'aille pas seulement dans un sens ou dans l'autre.

Concernant les coûts de production, la grande différence entre un hôpital français et un hôpital suisse, ce sont avant tout les frais de personnel, qui représentent trois quarts de nos charges. Très clairement, les grilles salariales ne sont pas les mêmes et je ne les vois pas se rapprocher à court terme. En revanche, en ce qui concerne l'achat de médicaments - ou plutôt l'achat de matériel médical, parce que la loi suisse ne le permet pas avec les médicaments - nous avons fortement progressé, et je tiens d'ailleurs à saluer tant Mauro Poggia que Pierre-Yves Maillard qui sont de grands soutiens dans le domaine de la collaboration Vaud-Genève, ce qui nous a permis d'obtenir une centrale d'achats commune. Dans les années à venir, nous pourrons mettre en pratique les importations parallèles afin d'acheter un certain nombre de médicaments au meilleur prix en Europe, qu'ils viennent d'Allemagne, d'Angleterre ou de France. En effet, il n'y a aucune raison que pour le même produit, les Suisses paient quatre à cinq fois plus cher, parce qu'au final, c'est l'assuré suisse via la LAMal qui doit déboursier pour compléter la différence.

Là où je vous rejoins entièrement, Monsieur, c'est sur le fait que les échanges doivent absolument se faire de chaque côté, et surtout entre partenaires qui se respectent. A mon sens, on trouve d'immenses qualités médico-soignantes des deux côtés de la frontière, il s'agit de les reconnaître et de voir ensuite dans quelle mesure on peut travailler ensemble. Il est à noter que pour les gens qui habitent en France voisine, le CHU le plus proche est soit celui de Grenoble, soit celui de Lyon; on pourrait toutefois imaginer ces réalités géographiques autrement, et je me réjouis des mots qui ont été prononcés par le représentant de l'ARS.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Je passe maintenant la parole à M. Thierry Apothéloz, président de l'Association des communes genevoises.

M. Thierry Apothéloz, président de l'Association des communes genevoises.

Madame la présidente,
Monsieur le président,
Messieurs les conseillers d'Etat,

Il y a un champ complet qui n'a pas été abordé ce soir, c'est celui de la prévention; je n'ai encore pas entendu ce mot jusque-là. Cela m'étonne, parce que nous sommes en plein débat sur la problématique des coûts de l'assurance-maladie, de la santé en général, on parle d'infrastructures, d'accès aux soins. Mme la députée a eu bien raison de commencer son propos par la question assez fondamentale, pour l'habitante ou l'habitant, de l'accès aux soins, et pas seulement en termes de distance.

J'aurais aimé que quelqu'un, parmi notre panel d'intervenants, évoque ce domaine, nous dise dans quelle mesure il serait possible de travailler ensemble, des deux côtés de la frontière, sur cette question de la prévention qui - vous le savez certainement, mais j'aime à le rappeler - produit des effets extrêmement importants, tant sur la qualité de vie que sur les coûts - puisqu'il en a été souvent question lors des différentes interventions. Je suis impatient de vous entendre à ce sujet.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Le concept de prévention est extrêmement large, et il est complexe de définir ce qui pourrait être réalisé de façon transfrontalière. Mauro Poggia, consentez-vous à répondre à cette interpellation ?

M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, Genève. Oui, merci. Si nous n'avons pas évoqué la question de la prévention, c'est sans doute parce qu'il est encore plus difficile d'imaginer des campagnes communes qu'une collaboration sanitaire transfrontalière. La France est un pays beaucoup plus grand que la Suisse et, à ma connaissance - mais peut-être M. le représentant de l'ARS nous dira-t-il ce qu'il en est - les



campagnes de prévention se font sur le plan national, ce qui complique la coopération.

Cela dit, nos préoccupations sont les mêmes, tout comme les problèmes de financement. Vous le savez, notre parlement a refusé une loi spécifique sur la prévention et la promotion de la santé, un domaine qui demeure le parent pauvre de la politique fédérale en matière sanitaire. Ces actions sont donc principalement menées par les cantons, avec l'aide de la fondation nationale Promotion Santé Suisse. A mon sens, il est vain de penser pouvoir réaliser à court terme des campagnes de prévention identiques des deux côtés de la frontière, même si nous partageons les mêmes préoccupations.

Ce que les cantons peuvent aujourd'hui mettre en place avec davantage d'autonomie leur permettra aussi de dégager des moyens supplémentaires pour mener des actions préventives. Naturellement, nous sommes tous convaincus que la santé de notre population commence par la prévention et la promotion, et qu'il faut oeuvrer davantage dans ce domaine - mais l'un de nos intervenants côté français aura peut-être une autre idée sur le sujet.

M. Jean-Michel Hue, directeur de la délégation départementale de la Haute-Savoie à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Monsieur a tout à fait raison de souligner cet aspect qui constitue l'un des éléments socles de notre nouvelle stratégie nationale de santé, que chaque agence régionale va devoir décliner dans son périmètre. La prévention, c'est aussi l'éducation à la santé auprès des citoyens, c'est une composante essentielle, et toute la méthode de pénétration de l'information dans les domaines touchant aux déterminants de santé représente un aspect prioritaire de notre politique de santé pour les trois à cinq ans à venir. Il ne s'agit pas seulement de campagnes thématiques ponctuelles, mais vraiment d'un travail en profondeur qui va s'adresser aux Français, plus particulièrement aux enfants et aux jeunes.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Une autre question ? Oui, Madame Magnin ?

Mme Danièle Magnin, députée, Genève. Oui, j'ai une première question en rapport avec les cartes qui nous ont été présentées

en introduction. Il a été évoqué un manque d'ophtalmologues, de gynécologues et d'autres professionnels dans la région française autour de Genève. Par ailleurs, j'ai regardé il y a quelques années un documentaire à la télévision qui expliquait qu'en France, l'étudiant en médecine ne se forme pas dans la spécialité qu'il veut, mais en fonction de directives de l'Etat. Cette absence de libéralisme en la matière ne serait-elle pas à l'origine des carences dont vous souffrez et que vous déplorez ? Peut-être n'est-ce pas forcément lié à l'attractivité relative du territoire. A la même occasion, j'ai aussi appris que la France faisait venir des médecins d'Espagne - et probablement qu'en Espagne, on les fait venir de Tunisie ou d'autres pays !

Ma seconde question est la suivante: quid des équipements de pointe dans la région, quelles sont les possibilités à cet égard ? Quant au prix des médicaments, j'ai entendu que c'est une disposition de droit fédéral qui gère la différence de prix de ceux-ci. Parfois, l'écart va carrément de un à dix ! Je connais moult personnes à Genève qui achètent leurs médicaments de l'autre côté de la frontière sans les faire passer par la caisse maladie, parce que c'est plus simple ainsi. Merci.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Est-ce que vous voulez bien répondre en premier, Madame Givernet ?

Mme Olga Givernet, députée de la troisième circonscription de l'Ain. Oui, volontiers. Merci pour vos questions, Madame, je vais répondre à la première s'agissant des spécialités médicales. En effet, en France, notre système - M. Hue, de l'ARS, pourra peut-être compléter mon propos pour les spécificités - ne permet pas aux étudiants en médecine de choisir leur spécialité, et il y a un *numerus clausus*... (*Remarque.*) Exactement: ceux qui obtiennent les meilleurs résultats au concours peuvent choisir, et plus on est bas dans le classement, plus le choix est limité. Nous allons réaliser un important travail afin de proposer une offre de soins qui soit mieux adaptée aux besoins dans les différents territoires.

Tout à l'heure, la question de l'effet d'aimant a été évoquée, et je remercie mes collègues genevois et vaudois d'avoir pris en considération cet aspect, à savoir que nombre de nos praticiens sont attirés du côté



suisse. Il y a une masse gravitationnelle qui nous défait de nos médecins, notamment à l'hôpital d'Annecy, car celui-ci bénéficie du comptage de la population du pays de Gex et du pays bellegardien, alors que nous devrions également prendre en compte le flux de patients qui s'opère en direction de ces régions. Actuellement, il n'est pas comptabilisé puisque le zonage est effectué selon le lieu de résidence, pas selon le bassin d'emploi.

Pour ma part, il m'est arrivé de conseiller à des collègues suisses de passer la frontière pour se rendre chez un ophtalmologue dans le Pays de Gex afin qu'ils obtiennent un rendez-vous dans le mois, ce qui ne serait pas forcément le cas chez eux. Dans certaines spécialités, nous arrivons donc à répondre à la demande, mais il est vrai que l'afflux de personnes extérieures au Pays de Gex et au pays bellegardien tend à réduire les disponibilités. Je laisserai quelqu'un d'autre répondre à la question sur les équipements de pointe.

M. Jean-Michel Hue, directeur de la délégation départementale de la Haute-Savoie à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Je confirme les propos de Mme la députée concernant le libre choix des différentes spécialités tout en rappelant que pour former un spécialiste, il faut compter plus d'une dizaine d'années, donc l'impact est très différé dans le temps. Par ailleurs, au-delà de la quantité, un certain nombre de critères sont à prendre en compte. Aujourd'hui, les jeunes praticiens ne travaillent plus là où on envisage qu'ils pourraient s'installer, par exemple en milieu rural, d'où l'importance de la mise en place d'un travail en réseau, c'est fondamental.

Sur le plan national, eu égard à certaines autres spécialités, on ne peut pas dire que nous manquions de gynécologues-obstétriciens ou d'ophtalmologues, mais leur répartition est très inégale. Dans ce sens, un travail incitatif est à faire dans ce domaine, peut-être aussi des choix politiques. Ce n'est pas seulement une question de quantité, c'est également une évolution des approches philosophiques. Les jeunes médecins veulent pratiquer autrement - en équipe, à proximité d'un grand centre urbain, de préférence à plusieurs dans un même cabinet - et l'ensemble de ces conditions est à prendre en compte.

En ce qui concerne les installations, le Projet régional de santé veillera à ce que les équipements se trouvent au bon endroit. Il s'agira

principalement d'une politique de renouvellement et de consolidation du matériel médical, ainsi que de coordination dans la répartition puisqu'un travail en réseau sera mis en place dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire auxquels je faisais référence tout à l'heure.

Un mot encore sur le CHANGE: vous avez raison, Monsieur Viel-liard, de souligner qu'il s'agit de l'un des plus importants établissements français hors CHU - il doit même en dépasser quelques-uns dans l'échelle des CHU - c'est un excellent centre hospitalier de recours.

Le premier intervenant - et j'en terminerai par là - nous a parlé du temps d'accès aux maternités et aux services d'urgence. A mon sens, celui-ci reste relativement raisonnable. Je rappelle qu'il y a une dizaine d'années, le ministre de la santé - tout comme la HAS - avait défini trente minutes comme constituant un délai satisfaisant. Certes, il reste certaines situations particulières qu'il faudra gérer mais, globalement, la situation n'est pas scandaleuse. Si un patient de Thonon doit être transféré à Annecy, ce n'est pas une catastrophe. En effet, il peut se révéler plus judicieux de le déplacer pour des raisons de qualité, d'environnement personnel et familial, et ce sont là des conditions que nous pourrions déterminer ensemble, pourquoi pas? Voilà, je voulais juste relativiser quelque peu ces aspects et souligner que le réseau d'accueil pour les soins de premier recours et d'urgence est plutôt satisfaisant en France, même si - je le répète - il reste encore à traiter certaines situations très spécifiques.

M. Pierre-François Leyvraz, directeur général du CHUV.

En France, vous connaissez des difficultés à répartir vos spécialistes, mais vous pratiquez une certaine forme de régulation, ce que nous vous envions. Quant à nous, en effet, nous n'en avons pas: chacun fait les études qu'il veut, aussi longtemps qu'il veut, s'installe où il veut, dans la sous-spécialité - voire la sous-sous-spécialité - qu'il veut, ce qui aboutit à la situation que nous vivons aujourd'hui, c'est-à-dire un manque de généralistes et de médecins de premier recours - pédiatres ou même gynécologues de premier recours - en face d'une série d'hyper-spécialistes qui se refilent le même malade trois ou quatre fois avec les conséquences financières majeures que cela implique.

Ce qui me frappe, dans cette discussion, ce sont les difficultés et les problèmes structureaux que crée l'échange de patients, surtout du



côté de Genève - pour nous, l'échange de patients est plus malaisé en raison du lac, il peut difficilement se faire à la nage! Mais il est un domaine où les échanges peuvent et doivent démarrer, c'est celui de la formation. Je peux vous assurer que nos jeunes médecins retirent un bénéfice énorme à effectuer des stages dans les hôpitaux français - Lyon, Paris ou Grenoble, par exemple - et le contraire pourrait être vrai également.

Sans parler de la recherche! Les professeurs français installés chez nous pourraient créer des liens afin que nous concevions des programmes scientifiques communs. Cela nous permettrait déjà d'aller un peu plus loin dans les échanges que dans des secteurs où c'est plus délicat.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. A présent, c'est le tour de Mme Engelberts.

Mme Marie-Thérèse Engelberts, députée, Genève. Merci. J'ai plusieurs questions à poser, la première au sujet de la formation. On a beaucoup parlé du corps médical - il se forme, il s'expatrie, c'est formidable - et j'aimerais pour ma part évoquer la carrière des infirmières. Je voudrais savoir combien d'entre elles, au sein des hôpitaux universitaires et des autres établissements de chaque côté de la frontière, sont titulaires d'un bachelor, combien d'un master, combien poursuivent leur activité dans une spécialité - santé communautaire, pédiatrie, etc. - et combien ne deviennent pas seulement cadres au sein d'une institution, mais bénéficient de possibilités de formation par exemple au Canada, où il est notoire que la formation en soins infirmiers est extrêmement développée. Il ne s'agit pas des mêmes problématiques que celles du corps médical puisqu'il n'y a pas, comme en France...

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Excusez-moi, mais vous souhaitez comparer la France et la Suisse sur ce point-là ?

Mme Marie-Thérèse Engelberts, députée, Genève. Dans la mesure où 50% des infirmières à Genève sont françaises, il me semble intéressant de comparer les niveaux de formation et les possibilités de carrière au sein de cette profession.

Ma deuxième question concerne la durée de travail des infirmières. Il y a un certain nombre d'années, elle était de quatre ans, mais je sais que cela a bien progressé depuis. Quelle est la situation aujourd'hui ? Cela nous donnerait une certaine idée quant au flux de professionnels - je parle toujours des infirmières, pas des assistants en soins et santé communautaire.

Enfin, tout comme la prévention, on a peu parlé des dispositifs de soins à domicile qui, me semble-t-il, sont extrêmement bien développés et pourraient ouvrir des opportunités de collaboration et d'échanges dans les villages et territoires transfrontaliers. Il serait selon moi intéressant de savoir si nous disposons approximativement des mêmes structures des deux côtés de la frontière. Je vous remercie.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Qui répond à cette question ? Peut-être l'un des deux conseillers d'Etat suisses, sur les infirmières ?

M. Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat, Vaud. Chez nous, les infirmières suivent une formation de niveau bachelor. Des filières master commencent à s'ouvrir, mais elles sont encore peu développées et surtout orientées vers la reproduction du cursus académique. Cela dit, nous avons quelques besoins en termes de management et nous travaillons actuellement sur un projet de master en pratique infirmière avancée - Vaud et Genève sont d'ailleurs en concurrence sur ce dossier ! Nous sommes en train de réviser notre loi sur la santé publique afin d'offrir aux infirmières en pratique avancée des compétences qui, au fond, empiètent quelque peu sur le champ médical, le but étant que les formations suivies débouchent sur un métier. En effet, dans le monde des soins, on se forme beaucoup, mais il n'existe pas toujours de profession qui concrétise cet apprentissage.

S'agissant du temps de travail des infirmières, il est de quarante et une heures trente par semaine... (*Remarque.*) Ah, pendant combien d'années ? Au CHUV, on estime à sept ou huit ans la durée de leur carrière professionnelle, c'est très court. Ensuite, elles peuvent continuer dans les soins, souvent en pratique ambulatoire pour éviter les horaires atypiques. Nous avons mis en place un programme destiné à reformer des infirmières ayant officié chez nous, puis cessé de travailler, lequel



bénéficie à environ septante personnes par année - c'est bien juste, n'est-ce pas? (*Remarque de M. Pierre-François Leyvraz.*) A cinquante personnes, d'accord. Ce système leur permet d'être requalifiées après quelques années et de regagner le marché du travail.

Quant aux soins à domicile, c'est une question qui s'adresse plutôt à mes collègues genevois. Dans notre canton, ils sont très développés, mais ne concernent guère les communautés françaises - nous serions cependant très ouverts à cette idée s'il y avait des options de collaboration dans quelques rares régions. Voilà les réponses que je pouvais apporter à ce sujet.

Le directeur du CHUV et moi-même devons partir à vingt heures tapantes, et comme je ne suis pas certain de reprendre la parole d'ici là, j'aimerais encore rapidement évoquer un domaine où, à mon sens, nous pourrions vraiment apporter notre soutien à la population française, à savoir la médecine hautement spécialisée, notamment en pédiatrie. Il faut savoir qu'à nous deux, mon collègue Poggia et moi-même détenons un droit de veto au sein de l'organe national chargé de sa planification. Nous votons quasiment toujours de la même main et avons évité que la médecine pédiatrique hautement spécialisée ne soit concentrée à Zurich, c'est-à-dire que les quelques dizaines de cas d'enfants vaudois et genevois par année n'y soient orientés d'office, augmentant ainsi sa masse critique. Il s'agit de l'un des rares domaines de planification qui soit aussi efficace et strict sur le plan helvétique, et puisque nous disposons d'un droit de veto, nous pouvons ensemble empêcher cette concentration loin de notre région linguistique.

Certes, cela nous a contraints à au moins nous répartir les quelques rares cas dans ces disciplines mais, de toute façon, même en nous les répartissant, nous avons de la peine à atteindre la masse critique nécessaire pour justifier la conservation de compétences hautement spécialisées en Suisse romande. Or, pour nous, il est très important d'offrir à la population romande, qui représente tout de même deux gros millions d'habitants, toute la palette des prestations afin d'éviter que des parents ne doivent passer plusieurs mois à Zurich, dans un environnement et une langue qui ne sont pas les leurs. Aussi, si des enfants français, même à plusieurs centaines de kilomètres, pouvaient bénéficier des compétences dont nous disposons, je pense que nous pourrions

régler les questions tarifaires - il s'agit de très peu de cas - et trouver des accords.

Par ailleurs, les cantons de Genève et Vaud se sont associés pour développer une plateforme oncologique, nous nous sommes dotés de l'un des laboratoires de thérapie cellulaire les plus grands et modernes d'Europe. Là encore, cette plateforme représente un tel coût qu'il serait absurde de ne pas en faire profiter les gens au-delà de nos frontières. Je reconnais tout à fait, cher Monsieur, que nous gagnerions à vous envoyer des patients pour des hospitalisations, mais comme l'a dit M. Leyvraz, la distance jusqu'à Annecy est probablement rédhibitoire pour la plupart des Vaudois. Ce serait sans doute moins le cas en médecine dentaire, par exemple - la concurrence frontalière peut être le seul levier, à tout le moins pour les personnes que nous aidons socialement, vu les tarifs élevés pratiqués chez nous et le refus de cette corporation des progrès dans la protection sociale dans ce domaine.

Je vous prie enfin de nous excuser, Mesdames et Messieurs: nous allons nous éclipser tout discrètement dans quelques minutes, car j'ai encore une obligation à Lausanne. Merci.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Il reste deux personnes qui souhaitent prendre la parole. Allez-y, Monsieur Catelain, pour une courte question.

M. Gilbert Catelain, député suppléant, Genève. Merci. Nous discutons ce soir à l'échelle locale d'un problème de gouvernance qui, côté français, est d'ampleur nationale, notamment en ce qui concerne le financement. En France, vous avez de la chance: le peuple a décidé de renvoyer à la maison toute une classe politique qui avait failli et d'élire un président jeune, Macron - dont Madame représente le parti - qui a pris des décisions importantes dans des délais très courts. Je pense notamment à la moralisation de la vie politique et à la loi travail; des paradigmes sont tombés, des décisions qui auraient été impensables il y a quelques mois sont mises en oeuvre.

Nous aussi, en Suisse, allons devoir faire face d'ici quelques années à des déficits de personnel hospitalier et infirmier, la politique cantonale sanitaire l'a très bien évalué, le problème va s'aggraver. Certes, nous avons une loi fédérale, mais les grilles salariales sont cantonales, et il



existe une concurrence entre Vaud et Genève, respectivement le Valais, s'agissant des rémunérations. Le problème que vous exposez entre la France et Genève, nous y sommes confrontés à l'intérieur même du pays!

Ma question est simple: est-ce que ce président, qui bénéficie maintenant d'une majorité conséquente, a la volonté de réformer la politique sanitaire, en adaptant par exemple le système de rétribution, en le rendant plus libéral afin de faire venir les effectifs là où les besoins se font sentir? En effet, je ne pense pas qu'il revienne à Genève ou au canton de Vaud de résoudre les problèmes du maire de Saint-Julien! En France, on accueille des populations, on ne met pas en oeuvre de politique générale d'aménagement qui ferait cohabiter les écoles, les infrastructures et le parc hospitalier alors que le nombre d'habitants triple. Pour moi, c'est inconcevable, mais on le fait chez vous. J'imagine qu'avec un président qui peut dorénavant s'appuyer sur une large majorité, vous pourriez changer ce type de paradigmes. Y a-t-il une volonté à cet égard?

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci, Monsieur. Qui se risque à répondre à la place du président de la République française? Madame Givernet?

Mme Olga Givernet, députée de la troisième circonscription de l'Ain. C'est moi qui m'y colle, très bien! Oui, en effet, la nouvelle approche qui s'applique de manière large au niveau politique concernera également le secteur sanitaire. Monsieur a parlé tout à l'heure de prévention, il s'agit justement d'un axe fort qui sera développé à l'échelle nationale. Comme cela a été dit, il revient d'abord à chacun des pays de mettre en place des plans d'action avant que nous puissions ensuite, localement, discuter ensemble des moyens convergents qui pourraient être instaurés. Nous connaissons un problème d'attractivité dans certains territoires, donc des mesures vont être mises en oeuvre à cet égard.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale sera débattu à l'Assemblée nationale au mois de novembre, aussi n'ai-je pas encore en ma possession tous les éléments permettant d'évaluer les actions concrètes qui seront proposées. Cela dit, la volonté est de déployer une offre de soins à la portée de chacun, plus simple à comprendre et surtout facile d'accès - je ne peux hélas pas vous en dire davantage actuellement.

Je me permets encore de rebondir sur les propos de M. Hue s'agissant du temps d'accès aux soins d'urgence. On parle souvent d'un délai de trente minutes, c'est vrai, mais je pense que c'est valable avant tout pour des populations éparses, pas dans des communautés périurbaines, voire urbaines. Aujourd'hui, le bassin de vie du côté de l'Ain représente 130 000 habitants. Par ailleurs, les publics les plus éloignés de l'offre médicale sont les ménages les plus modestes, ils ne sont pas véhiculés, et vous savez les difficultés auxquelles nous faisons face pour structurer ce secteur. En effet, il y a des personnes - qu'elles soient suisses ou françaises - qui mènent une vie transfrontalière, bénéficiant de services dans les deux pays, et il y en a d'autres, franco-françaises, qui ne traversent jamais la frontière. Il s'agit d'un projet de société que nous devons construire ensemble, sur le plan sanitaire comme dans beaucoup d'autres domaines.

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Merci. Dernière question, sur ma gauche. Soyez bref, s'il vous plaît !

M. Christian Aebischer, adjoint au maire d'Annemasse. Oui, merci. Christian Aebischer, maire adjoint d'Annemasse. Il s'agit davantage d'une suggestion que d'une question. Comme tout le monde, j'ai retenu du débat les éléments suivants: la Suisse est très attractive pour tous les professionnels de la santé - médecins, infirmières ou autres - tandis que, du côté français, on voudrait accéder aux soins helvétiques, et il reste bien sûr la problématique du financement, nous en avons parlé toute la soirée.

Je voudrais suggérer aux personnes qui s'appêtent à discuter des accords nationaux sur le plan local de tenir compte de la formation. En effet, tous les médecins qui s'installent ici ont été formés en France, et on pourrait considérer que la Suisse a une forme de « dette », entre guillemets, au niveau de la collectivité qui pourrait être utilisée - il reste à déterminer de quelle façon, c'est plus de la théorie qu'autre chose, mais pensez-y - pour ne pas compenser exactement les coûts du côté français.



Mots de conclusion

M. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la « Revue médicale suisse ». Nous allons devoir nous arrêter là, hélas, car je vois le temps filer - vraiment navré pour ceux qui seraient frustrés de ne pas avoir pu s'exprimer ! Que dire en conclusion pour un observateur extérieur comme moi ? D'abord, la santé constitue un domaine extrêmement complexe, à la fois culturel et scientifique. Il est intéressant de noter que les systèmes de santé n'ont pas été harmonisés à l'échelle européenne et qu'il existe une libre circulation des soignants, comme une certaine libre circulation des patients - peut-être pas entre la Suisse et la France, mais les soignants, eux, sont mobiles. Comme cela a été mentionné, le flux des professionnels n'a cessé d'augmenter tandis que celui des patients est resté stable, voire a reculé dans certains secteurs. En effet, il faut avouer que cette coopération a plutôt suivi le sens d'une régression. C'est extrêmement dommageable parce que, qu'on le veuille ou non, cette région forme un tout culturel, ce qui a une énorme importance non seulement s'agissant de la qualité de vie et de l'économie, mais aussi du sens de l'existence. Nous devons arriver à faire quelque chose !

A mon avis, il nous manque un élément qui ferait passablement évoluer la situation, ce sont des données. Parlons des urgences, par exemple. Ce qui m'a frappé, dans le tableau qui nous a été présenté, c'est qu'il y avait du vert foncé tout autour de la frontière, donc il y a un effet frontalier s'agissant des urgences. Or selon des études menées dans certains pays, le temps compte beaucoup pour les urgences, en particulier en cas d'AVC. Aux Etats-Unis, on commence à cartographier le temps d'accès à un hôpital selon le type d'urgence et selon l'emplacement - ce n'est pas Google, mais une autre entreprise qui s'en charge. Sur ces documents, on relève une médecine non seulement à deux, mais à de multiples vitesses, et cette configuration va se développer chez nous. Aussi, on ne peut pas juste penser qu'un trajet de plus de trente ou quarante minutes est admissible, il faut savoir que chaque minute compte, surtout en cas d'AVC, et ceci également pour éviter des frais par la suite. En effet, la prise en charge d'une personne hémiplegique coûtera extrêmement cher sur le long terme. Il y a donc des enjeux médicaux - en l'occurrence moins culturels, mais très scientifiques - à prendre en considération.

Ce que nous constatons, c'est d'une part une population française frontalière quelque peu lésée - est-elle maltraitée par certains aspects, je ne pense pas qu'il s'agisse du terme adéquat - d'autre part une Suisse trop riche. Enfin, c'est ce qui m'apparaît personnellement, mais je crois que cela est apparu à chacun au cours de la discussion. Ce système semble impossible à démêler: il y a les accords bilatéraux, il y a toutes sortes de raisons qui font que les choses sont ainsi. En tout cas, c'est un plaisir d'entendre que ce fameux accord-cadre sur la coopération transfrontalière sanitaire se met en place, que le CH Annecy Genevois a tendu une petite perche à Genève, qu'il pourrait y avoir un échange dans la formation et davantage de réflexions communes du côté des soignants.

Cet élément n'a pas été évoqué mais, en Suisse, on pense beaucoup à la question des réseaux en plus de celle des hôpitaux. Là aussi, tout le monde tombe d'accord: on tend vers une déshospitalisation du système de santé. Avec l'augmentation des personnes âgées et l'afflux de patients polymorbides, il ne sera plus gérable de conserver un système hospitalo-centré, il s'agira de construire des réseaux transfrontaliers avec une imagination nouvelle, même si nous devons faire face à beaucoup de difficultés. On n'a par exemple pas parlé de la différence entre généralistes en Suisse et en France. Certes, les formations et les rôles sont différents, mais ça ne fait rien, nous pouvons organiser des réseaux interprofessionnels transfrontaliers qui fonctionnent. Il y a énormément de choses à développer!

Enfin, j'ai beaucoup apprécié les paroles sur le non-recours aux soins, sur le fait que la qualité de la médecine se cache dans les détails. Dans le fond, il ne s'agit pas seulement de disposer d'un généraliste à telle ou telle distance, encore faut-il savoir quel généraliste - est-il en burn-out? A-t-il de la place? Le système de santé est vraiment très compliqué à évaluer, mais nous n'avons pas le choix: il faut dépasser les frontières et améliorer de nombreux aspects car il s'agit, avant des enjeux économiques, de la santé de nos citoyens. A Genève, nous aimons bien la population frontalière, c'est la nôtre, nous avons tous ce sentiment - quand on est médecin encore plus que quand on est politicien! Enfin, je ne sais pas, mais c'est ce que je crois.

Voilà, je vais conclure sur ce que j'espère être une tonalité optimiste, en particulier en ce qui concerne les avancées liées au traité de



coopération transfrontalière. Croisons les doigts pour que le processus se déroule bien en France et que, après une certaine régression, nous repartions sur une pente ascendante! Je vous remercie. (*Applaudissements.*)

M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil, Genève.

Merci, Monsieur. Mesdames et Messieurs, je vous remercie chaleureusement d'avoir participé à cette cinquième édition des Assises transfrontalières des élus et je vous convie maintenant à un cocktail dînatoire dans la salle des Pas-Perdus, où vous seront servis des produits et des spécialités de la région franco-valdo-genevoise. La séance est levée.

Annexes:

Communiqué de presse - Assises transfrontalières des élus - 5 octobre 2017

Les conditions de vie dans le bassin genevois - Présentation - Assises transfrontalières des élus - 5 octobre 2017



> Genève, le 6 octobre 2017

> Assises transfrontalières des élus – édition 2017.

La 5e édition des Assises transfrontalières organisée à l'Hôtel de Ville de Genève, dans la salle du Grand Conseil, a réuni ce jeudi 5 octobre une centaine d'élus genevois, vaudois et français venus faire le point sur « les défis de la politique sanitaire à l'échelle de la région franco-valdo-genevoise ».

Organisées la première fois en 2010 à l'initiative de M. Guy Mettan, alors président du Grand Conseil, les Assises transfrontalières ont pour vocation d'offrir aux élus un lieu où se forge une compréhension partagée des enjeux du territoire transfrontalier.

Les Assises constituent une plateforme d'échange entre législateurs genevois, vaudois et français autour de sujets importants pour le devenir de l'agglomération transfrontalière et les discussions qui s'y tiennent permettent la préparation des débats parlementaires et les consultations publiques.

Ont ainsi déjà été discutés le développement du Projet d'agglomération, les circuits de financement du Grand Genève, la politique culturelle transfrontalière et la gouvernance de la région.

Les Assises se tiennent alternativement à Genève, dans le canton de Vaud et en France voisine.

Les Assises étaient co-présidées cette année par Eric Leyvraz, président du Grand Conseil genevois, Sylvie Podio, présidente du Grand Conseil vaudois, et Gabriel Doublet, 2e vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français.

La question de la politique sanitaire à l'échelle de la région franco-valdo-genevoise est cruciale, les besoins en infrastructures et en personnel de la santé en augmentation constante, parallèlement au développement démographique futur du Grand Genève.



Elus franco-valdo-genevois réunis dans la salle du Grand Conseil à Genève.

Communiqué de presse / 6 octobre 2017

Contact presse : **Laurent KOELLIKER**
Tél. +41 (0)22 327 97 01
laurent.koelliker@etat.ge.ch



Communiqué de presse

La discussion s'est organisée autour d'une table ronde associant la députée de la 3e circonscription de l'Ain Mme Olga Givernet, les conseillers d'Etat Mauro Poggia (Genève) et Pierre-Yves Maillard (Vaud), le directeur général des HUG, Bertrand Levrat, et le directeur général du CHUV, Pierre-François Leyvraz, ainsi que le représentant de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Jean-Michel Hue. La discussion était modérée par Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la *Revue médicale suisse*.

Les sujets abordés ont permis de mettre en évidence les problématiques auxquelles la région franco-valdo-genevoise doit faire face en matière de politique sanitaire, avec l'importance du traité sur la coopération sanitaire transfrontalière qui est en passe d'être ratifié par les différentes parties. Ce traité permettra d'accroître les synergies entre la France et la Suisse pour apporter des solutions dans les domaines de la formation, du personnel hospitalier, de l'accès aux soins et de la maîtrise des coûts.



Élus franco-valdo-genevois réunis dans la salle du Grand Conseil à Genève.

Contacts presse :

- M. Eric Leyvraz, président du Grand Conseil genevois : +41(0)79 503 72 79
- Mme Sylvie Podio, présidente du Grand Conseil vaudois : +41(0)78 797 47 58
- M. Gabriel Doublet, 2e vice-président du Pôle métropolitain du Genevois français : +33(0)6 60 08 12 89



Les conditions de vie dans le bassin genevois

Domaine de la santé

Assises transfrontalières des élus

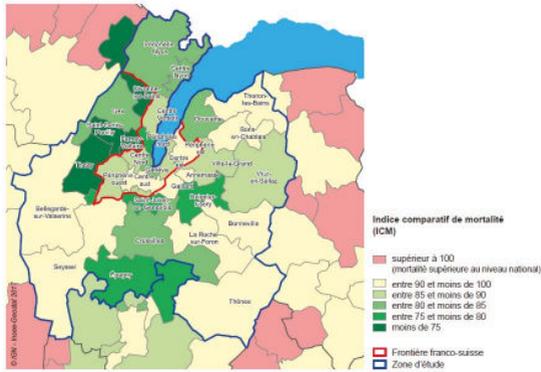
5 octobre 2017



Introduction

- Objectif de l'étude : évaluer quelques aspects des conditions de vie au moyen de différents indicateurs portant sur l'accès aux équipements, les revenus, le travail et la santé
- Zone d'étude
 - Côté français : zone d'emploi du Genevois français
 - Côté suisse : canton de Genève et district de Nyon
- Découpage utilisé : territoires de vie
- Cette présentation se concentre sur les indicateurs en relation avec le domaine de la santé. Elle comporte 5 cartes.

Indice comparatif de mortalité



Sources : Insee, Recensement de la population 2012, État civil 2009-2013, OFS/OCSTAT - STATPOP 2012, BEV/WAT 2010-2014

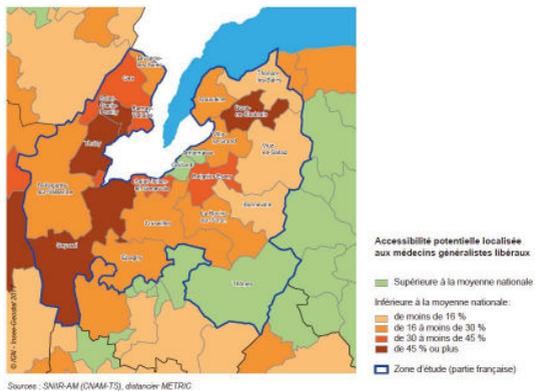


Part des habitants ayant accès, en moyenne, à un cabinet de médecin généraliste et à une pharmacie en 10 minutes ou moins



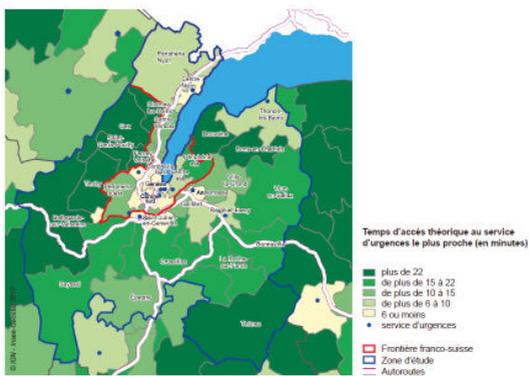
Sources : Insee, Base Permanente des Equipements 2014, OFSIOCSSTAT - STATPOP 2012, STATEMT 2012, Google Maps

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux





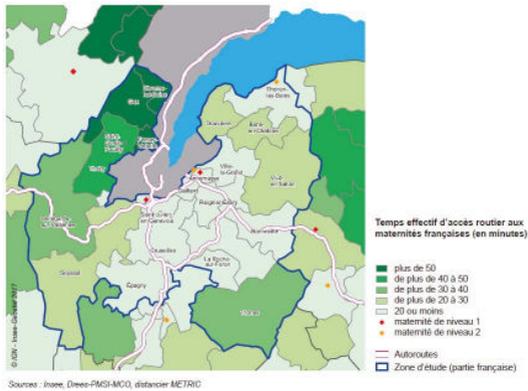
Temps d'accès au service d'urgences le plus proche



Sources : Insee, Drees-SAE, OFS/DCSTAT - STATPOP 2012, distancier METRIC, Google Maps



Temps d'accès pour accéder aux maternités françaises





Merci de votre attention

Pour en savoir plus : <http://www.statregio-francosuisse.net/>

