

Date de dépôt: 16 avril 2003

Messagerie

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010

Mesdames et
Messieurs les députés,

Les cantons doivent planifier leurs systèmes de soins hospitaliers et médico-sociaux résidentiels dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal). Répondre aux besoins de santé tout en régulant l'offre nécessite une prise en compte de la complexité de notre système de santé et de son financement.

Le présent rapport présente le bilan des efforts accomplis de 1997 à 2001. Il décrit ensuite les nouvelles orientations pour la période 2003 à 2010.

Résumé du rapport

La planification du système de soins hospitaliers genevois 2003-2010 vise à réduire de manière mesurée la capacité hospitalière, tout en recherchant de nouvelles pistes d'organisation des réseaux de soins. Cette réflexion permanente s'appuie sur les travaux d'une commission, de manière à faciliter la concertation des acteurs.

Les choix proposés par le Conseil d'Etat, relatifs au développement des hôpitaux, des cliniques et des EMS, sont issus du bilan portant sur la période 1998-2001. Des efforts d'adaptation sont attendus des secteurs publics et privés. Cela se traduira par une augmentation du nombre des EMS et par une réduction du nombre de lits de soins aigus. Les conditions-cadres pour parvenir à ces objectifs nécessitent la mise en place d'une régulation de l'offre, tenant compte des besoins de santé de la population et guidée par un système d'information performant.

L'annexe de ce rapport présente les informations disponibles sur la population genevoise, son état de santé, son environnement et l'état des ressources hospitalières ainsi que les options actuelles en matière de méthodes de planification.

1. Introduction

L'Etat est l'un des responsables de la santé de la population, notamment en lui garantissant l'accès aux soins. Pour y parvenir, il conçoit une politique de santé et planifie la bonne gestion des ressources. Or, demande et offre en soins s'amplifient et se diversifient; notre système de santé devient de plus en plus complexe et coûteux. Comment maîtriser cette évolution ?

Le contrôle de l'offre hospitalière se base sur la LAMal, qui dans son article 39 impose aux cantons de planifier les établissements de soins (hôpitaux, cliniques privées et EMS) de manière à établir une liste hospitalière¹. La première planification 1997-2001 a fait l'objet de plusieurs recours, en particulier de la Fédération genevoise des assureurs maladie (FGAM). Le Conseil fédéral a, dans son ensemble, accepté les bases de la planification cantonale genevoise, tout en insistant sur des éclaircissements et des mesures à prendre en compte dans la planification actuelle.

La nouvelle planification du système de soins, telle que la conçoit l'Etat de Genève, est un processus dynamique. Elle a pour objet l'amélioration de l'état de santé de la population par l'adéquation de l'offre de services de santé avec les besoins de celle-ci. Ce processus vise à transformer le système de santé pour le rendre plus performant, à un coût acceptable pour tous les partenaires concernés : citoyens, professionnels de la santé et du social et assureurs.

Le Conseil d'Etat veut conduire une politique de santé responsable, conforme aux exigences des lois fédérales, qui marie les besoins de santé publique, la liberté économique et les devoirs liés au cadre juridique des assurances sociales, tout en tenant compte de l'influence :

- des changements institutionnels et politiques;

¹ L'article 39, alinéa 1, lettre d, de la LAMal (Loi fédérale sur l'assurance maladie) prévoit que «les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils *correspondent à la planification établie par un canton* ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate».

- du vieillissement de la population;
- des nouvelles technologies.

Le présent rapport a pour but de fixer les objectifs en matière de planification hospitalière quantitative, soit de définir sur la base des éléments d'analyse disponibles à fin 2002, le niveau de l'offre de soins aigus, de réadaptation, de long séjour, et de lits médico-sociaux pour mener à bien la mission dévolue à l'Etat de Genève. La planification, bien que schématisant une réalité complexe, devrait permettre de clarifier les choix dans le cadre politique et juridique existant.

A cette fin, ce rapport s'appuie sur un état des lieux du système de santé² et :

- établit le bilan de la planification précédente;
- passe en revue les outils de planification applicables;
- formule des propositions de planification pour 2003-2010.

L'annexe de ce rapport comprend de nombreux éléments supplémentaires utiles à sa compréhension de ce dossier.

1.1 Planifier le système de soins

La planification du système *de soins* est un élément majeur de la politique de santé. C'est à ce niveau que sont engagées les dépenses les plus élevées. Elles sont induites par des institutions publiques subventionnées par l'Etat, mais aussi par des institutions privées (cliniques ou cabinets médicaux).

Le système de soins hospitaliers comprend l'ensemble des prestataires de soins remboursés par les assurances sociales : hôpitaux, cliniques et EMS. Sa planification vise à améliorer l'accès aux soins de qualité, à réduire les surcapacités et à mieux coordonner les fournisseurs de prestations. Ainsi, elle contribuera à une meilleure utilisation des ressources, conduisant à la maîtrise des coûts.

La planification hospitalière a donc pour objet :

- la prise en compte des besoins de la population en termes de journées d'hospitalisation et de prestations;
- l'amélioration de l'efficacité du système de soins et de santé;
- la régulation de l'offre et la réduction des surcapacités.

² Cf. Annexe 2.1.

De plus, la conduite d'une politique de santé claire et volontaire aura une incidence sur le système de santé, au sens large, et plus particulièrement sur plusieurs de ses composantes :

1. le système de soins hospitaliers (hôpitaux publics et cliniques privées);
2. les établissements médico-sociaux (EMS) et le secteur de l'aide à domicile;
3. les établissements pour personnes handicapées (EPH).

1.2 Remarques liminaires

Le Conseil d'Etat est conscient qu'en matière de planification il n'existe pas de formule magique indiquant avec certitude la nature des choix à opérer. Ceux-ci résultent de la conjonction d'événements et d'organisations dynamiques, qui sont donc appelés à évoluer en permanence. Il s'agit dès lors de suivre les changements systémiques, légaux et organisationnels, de façon continue, à l'aide d'indicateurs prédéfinis, et d'évaluer la pertinence des choix opérés à intervalles réguliers.

Dans le champ de la santé, les changements sont nombreux, fréquents et complexes : révision de la LAMal, ordonnance sur la clause du besoin des cabinets médicaux, transition du mode de remboursement à la journée vers les DRG³, etc. Les cantons ont la responsabilité, pour ce qui a trait aux prestations des assurances sociales, de planifier des hôpitaux, des cliniques privées, des EMS, sans cependant pouvoir en contrôler tous les paramètres. Les lois sociales induisent des effets importants et le champ d'action cantonal est limité.

Des estimations permettent de considérer partiellement l'adéquation des besoins actuels à l'offre existante. Anticiper l'offre à venir en fonction des besoins futurs de santé de la population sera toujours un exercice difficile. Certains paramètres seront du domaine du prévisible, liés à certains effets du vieillissement de la population par exemple; d'autres relèvent de problématiques nouvelles, comme ce fut le cas pour le SIDA ou pourra être le cas suite à des conséquences sous-estimées du vieillissement (démences) ou à des menaces environnementales (par exemple en cas d'exposition massive à des substances toxiques)⁴.

Garantir en tout temps la capacité publique d'accueil et de soins est une contrainte de sécurité sous-jacente à la planification actuelle.

³ Diagnosis Related Groups : mode de tarification par groupe homogène de pathologie.

⁴ Cf. Annexe 1.3 : L'état de santé et les problèmes prioritaires.

2. Evaluation des premières années de planification

Sept principes ont été définis en 1997 dans la première planification⁵. Le premier concernait la promotion de la santé et la prévention de la maladie et des accidents autour de quatre priorités sanitaires.

La mise en œuvre des six autres principes touche de près au système de soins hospitaliers. Ils ont été déclinés à travers plusieurs exemples :

- les soins hospitaliers : projets qualité, recherche et intervention sur les hospitalisations inutiles et l'amélioration des processus;
- les établissements médico-sociaux : moratoire sur les constructions (récemment levé);
- le réseau de soins : mise en place du réseau communautaire d'informatique médicale par la Fondation Iris (projet e-toile);
- la médecine et les soins ambulatoires : implication accrue de la formation au cabinet médical;
- les soins à domicile : 22 centres d'action sociale et de santé (CASS) répartis dans les 22 secteurs d'intervention du canton regroupent des professionnels de l'aide et des soins à domicile et de l'action sociale;
- les urgences : réorganisation des urgences (voie orange) et des urgences obstétricales spécialisées.

2.1 Un bilan

Le canton de Genève est engagé dans le processus de planification depuis 1997. Les efforts de la précédente planification ont permis une réduction de la capacité hospitalière publique sans entamer la couverture des besoins de la population en termes de soins hospitaliers.

Le Conseil fédéral, dans sa décision relative au recours de la Fédération genevoise des assureurs-maladie (FGAM) du 7 novembre 2001⁶, a confirmé le bien-fondé de ces mesures.

⁵ Cf. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001)-RD 281 R 344.

⁶ La FGAM ayant conclu en l'annulation de la liste hospitalière en raison de surcapacités, il a fallu attendre la décision du Conseil fédéral du 7 novembre 2001 pour connaître l'appréciation des autorités fédérales sur la planification genevoise et ses limites d'application. Cf. Annexe p. 24.

L'établissement de ce bilan a constitué une étape initiale, en vue de la constitution d'un instrument de pilotage de la planification, tel qu'exprimé par le Conseil fédéral⁷ pour décrire l'évolution de la capacité du canton en nombre de cas et de journées d'hospitalisation⁸. Il convient d'en détailler certains chiffres.

En 2001, 68 764 patients (cas d'hospitalisation) ont été dénombrés dans les hôpitaux et les cliniques, ce qui représente un taux d'hospitalisation de 164 pour mille habitants.

De 2000 à 2001, on a enregistré un léger fléchissement du nombre de cas dans les secteurs public et privé. Le nombre de journées est, en 2001, légèrement inférieur par rapport à 2000 pour le privé et légèrement supérieur pour le secteur public.

Cas et journées d'hospitalisation	2000	<i>en %</i>	2001	<i>en %</i>
Cas				
Privé	20'966	30.3%	20'633	30.0%
Public	48'303	69.7%	48'131	70.0%
Total	69'269	100.0%	68'764	100.0%
Journées				
Privé	129'005	13.6%	126'097	13.2%
Public	817'257	86.4%	826'992	86.8%
Total	946'262	100.0%	953'089	100.0%

Source: enquête de la direction générale de la santé, DGS, avril 2002

Il convient toutefois d'affiner cette analyse en la stratifiant en fonction des catégories de lits. Les chiffres proviennent des données fournies par les prestataires de soins et correspondent à l'année 2001.

Plus que leur valeur à ce moment, ce sont leur évolution dans le temps et leur variation relative entre catégories de lits qui permettront d'ajuster plus finement la planification.

⁷ Décision du 7 janvier 2001, p. 44 : « ... établir et prévoir de manière aussi exacte et complète que possible l'ensemble des données déterminantes pour la planification hospitalière... »

⁸ Les données de l'office fédéral de la statistique (OFS), utiles pour les comparaisons, sont publiées avec un délai de plus d'un an. La Direction générale de la santé (DGS) a mené en 2001 et 2002 une enquête auprès de tous les prestataires de soins hospitaliers. Ces données ont été vérifiées et validées.

Distribution des cas d'hospitalisation et des journées par catégories de lits en 2001 :

Catégories de lits	Cas	Journées	Cas / 1000 ha	Journée s/1000ha	DMS ⁹
Lits somatiques aigus	57'481	514'344	137	1'226	8.9
Psychiatrie	4'215	136'707	10	326	32.4
Gériatrie + Loëx + Belmont	4'116	242'604	10	578	58.9
Montana et Joli-Mont	2'952	59'434	7	142	20.1
Total :	68'764	953'089	164	2'271	13.9

Source: enquête de la direction générale de la santé, DGS, avril 2002

⁹ La durée moyenne de séjour peut être calculée de deux manières :

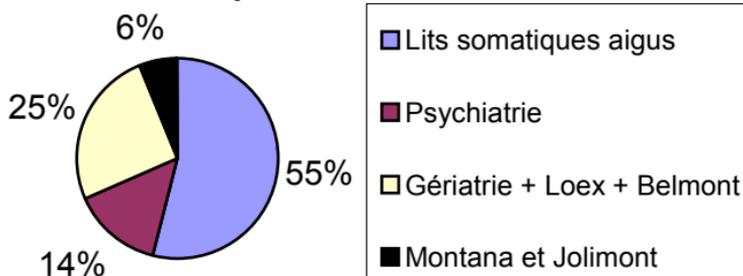
- la première utilise les hospitalisations totales (somme des journées d'hospitalisation et de semi-hospitalisation) et les cas totaux (somme des cas d'hospitalisation et de semi-hospitalisation) ;
- la seconde ne considère que les journées d'hospitalisation et les cas d'hospitalisation.

(Etaient définies comme « journées d'hospitalisation » les journées dont la durée était supérieure à 24 heures et comme « journées de semi-hospitalisation » celles dont la durée était inférieure à 24 heures).

Les variations entre les deux méthodes de calcul sont dues au fait que les cas de semi-hospitalisation représentent près de la moitié des cas totaux. Les ratios ainsi calculés sont fortement influencés. La prise en compte de la semi-hospitalisation se justifie si l'on fait l'hypothèse qu'une large part des semi-hospitalisations auraient fait l'objet d'hospitalisations en l'absence d'une telle offre.

La durée moyenne de séjour est un indicateur fortement influençable. D'une part, les méthodes de calcul doivent être clairement définies, d'autre part d'une année à l'autre en fonction des progrès technologiques, les changements des pratiques hospitalières peuvent venir déterminer des écarts importants.

Répartition des journées d'hospitalisation en 2001



En résumé, il ressort des analyses effectuées (cf. aussi annexes 2.1 et 3.2.2) que :

- le secteur public a atteint, dans une large mesure, les objectifs fixés, à l'exception de certains secteurs dans lesquels des changements de situation (urgences, psychiatrie) ont pu modifier la mise en œuvre effective de ces objectifs;
- le secteur privé a évolué hors du cadre de planification;
- le niveau de la capacité d'accueil dans le canton de Genève se situe à la limite supérieure en comparaison avec les autres cantons suisses;
- des instruments statistiques valides n'ont pu être mis en place que récemment;
- des changements de pratique entre l'hospitalisation, la semi-hospitalisation et l'ambulatoire rendent complexes les comparaisons entre la situation actuelle et celle prévalant en 1997. Il faut noter que ce problème se répétera en 2002-2003 en raison de l'introduction d'une nouvelle définition de l'hospitalisation et de la semi-hospitalisation (entrée en vigueur de l'OCP¹⁰ le 1^{er} janvier 2003).

Un premier outil de suivi de l'ensemble du système de soins hospitaliers a été élaboré sous la forme d'un tableau de bord récapitulatif de la situation telle qu'elle a été observée en 2001. Sa mise à jour régulière facilitera la description de l'offre hospitalière.

¹⁰ Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie. Section 2, articles 3 et 4.

2.1.1 Tableau de bord du système de soins hospitaliers 2001

Ce tableau a été réalisé sur la base des réponses transmises par les fournisseurs de soins publics et privés. Il prend en compte les cas d'hospitalisation, les journées, la durée moyenne de séjour (DMS, cf. note 9), et le nombre de cas pour mille habitants.

Récapitulatif et tableau de bord année 2001*													
2001	Journées d'hosp.	Cas d'hosp.	Journées de semi-hosp.	Cas semi-hosp.	Journées d'hosp. totales	Cas totaux	DMS calculée sur la base des hosp. totales	DMS calculée sur la base des hosp. Sans les semi-hosp.	Cas totaux pour mille habitants	Cas d'hosp. pour mille habitants			
HUG	393'712	37'078	14'066	12'371	407'778	49'449	8.2	10.6	117.8	88.4			
Psychiatrie	136'707	4'215	22'704	22'704	159'411	26'919	5.9	32.4	64.1	10.0			
Gériatrie	141'122	3'385	8'183	8'183	149'305	11'568	12.9	41.7	27.6	8.1			
Loex	96'017	501	0	0	96'017	501	191.7	191.7	1.2	1.2			
Montana	23'990	1'150	0	0	23'990	1'150	20.9	20.9	2.7	2.7			
Jolimont	35'444	1'802	0	0	35'444	1'802	19.7	19.7	4.3	4.3			
Privé	126'097	20'633	14'051	14'029	140'148	34'662	4.0	6.1	82.6	49.2			
Total public	826'992	48'131	44'953	43'258	871'945	91'389	9.5	17.2	217.8	114.7			
Total public+privé	953'089	68'764	59'004	57'287	1'012'093	126'051	8.0	13.9	300.4	163.9			
2001 en % du total		année: 2001 en % du total		Pop. Totale 2001		419'650							
Cas totaux année:		Jhosp. totales		Privé		140'148		14%		0 - 19 ans	91'600		
Privé		34'662		27%		Public		871'945		86%		20 - 39 ans	128'233
Public		91'389		73%		Total		1'012'093		100%		40 - 64 ans	139'340
Total		126'051		100%								65 - 79 ans	44'211
Cas d'hosp.		Jhosp.		Privé		126'097		13%		+ 80 ans		16'266	
Privé		20'633		30%		Public		826'992		87%			
Public		48'131		70%		Total		953'089		100%			
Total		68'764		100%									
Cas semi-hosp.		Jsemi-hosp.		Privé		14'051		24%					
Privé		14'029		24%		Public		44'953		76%			
Public		43'258		76%		Total		59'004		100%			
Total		57'287		100%									

*hosp. :abréviation d' hospitalisation dans tout le tableau, Jhosp. :abréviation de journée d'hospitalisation dans tout le tableau

Source: enquête de la direction générale de la santé, DGS, avril 2002

Le tableau montre que les cas d'hospitalisation totaux, relevant de l'assurance obligatoire des soins, se répartissent à raison de 73% pour le système public et 27% pour le système privé. La part du public est prépondérante avec 86% des journées d'hospitalisation totales.

Le pourcentage du privé par rapport au public est divisé quasiment par deux lorsque l'on passe de l'indicateur « cas » à l'indicateur « journées d'hospitalisation ». Les cliniques privées possèdent un taux de rotation élevé des patients, caractérisé par des durées de séjour courtes et une forte charge en soins. Ces caractéristiques sont aussi celles du secteur ambulatoire qui s'est beaucoup développé ces dernières années chez les fournisseurs publics et plus encore chez les fournisseurs privés.

Remarque sur les hospitalisations extracantonales planifiables

En dehors des situations d'urgence, des patients peuvent être amenés à se faire traiter hors des établissements genevois. La décision du Conseil fédéral du 7 novembre 2001 a nécessité une adaptation de la liste des établissements hospitaliers vaudois admis au sens de la LAMal. Le Conseil d'Etat, le

17 avril 2002, a limité cette liste aux prestations du centre hospitalier universitaire vaudois qui ne sont pas offertes à Genève, soit les soins spécialisés aux grands brûlés, la transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues, la chirurgie stéréotaxique et les traitements au centre de phoniatry. Le volume admis s'établit à 700 journées d'hospitalisation.

2.2 Bilan des établissements

Les statistiques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) de 1990 à 2000 indiquent les tendances suivantes :

- le nombre de lits a passé de 2672 à 2197 (-17,8%);
- le nombre de journées d'hospitalisation de 867 214 à 754 551 (-13,1%);
- le nombre de postes de travail de 8190,40 à 7864,25 (-4%).

En 2001, les établissements publics médicaux disposaient de :

- 1159 lits en 2001 à l'hôpital cantonal¹¹ (site Cluse-Roseraie);
- 398 lits au département de gériatrie et 361 lits au département de psychiatrie (site de Belle-Idée);
- 268 lits au département médical de Loëx;
- 104 lits pour la clinique de Joli-Mont;
- 80 lits (83 lits en 1997) pour la clinique de Montana.

2.2.1 L'objectif de la planification des HUG 1998-2001

La planification 1998-2001 a fixé à 2000 lits l'objectif à atteindre pour 2001 par les HUG. Bien que le nombre de lits baisse régulièrement depuis 1990, on en dénombrait encore globalement 2190 à fin 2001.

Les possibilités de diminution ont été influencées par une augmentation de la population du canton de Genève de 8,1% de 1990 à 2000. De plus, des accords portant sur l'hospitalisation de patients des cantons romands et de la région frontalière française (Haute-Savoie et Ain) ont contribué à l'élargissement du bassin de population couvert.

La diminution du nombre de lits a été rendue possible grâce à un travail important sur la durée moyenne de séjour (DMS), plus particulièrement au site Cluse-Roseraie des HUG. Pour ce site, qui représente 81% des entrées d'hospitalisation et 51% des journées, la DMS est passée de 10,7 jours

¹¹ Dont 10 lits au département de médecine communautaire (Petit Beaulieu).

en 1995 à 8,2 jours en 2001 (-23%). Ces entrées comprennent les cas de patients transférés vers le site de Belle-Idée.

En parallèle cependant, on note une augmentation du nombre d'admissions pour hospitalisation. De 1998 à 2000, celui-ci passe de 42 325 entrées à 44 599 entrées (+5,1%) sur l'ensemble des HUG. Le nombre de naissances a augmenté de 21 % aux HUG, passant de 2856 en 1995 à 3469 en 2000. Ce phénomène (abandon d'assurances complémentaires au profit de la seule assurance obligatoire des soins) est à mettre en relation avec l'entrée en vigueur de la LAMal au 1^{er} janvier 1996.

Pour le département de psychiatrie des HUG, la hausse correspond à 50% de 1995 à 2001 (2802 à 4214 entrées). Cette problématique a d'ailleurs amené le Conseil d'Etat à transmettre au Grand Conseil un rapport concernant la prise en charge des patients (RD 437). Ce rapport a été étudié au printemps 2002, au sein de la commission de la santé du Grand Conseil. Une réforme de la psychiatrie est actuellement en cours pour prendre en compte ces difficultés.

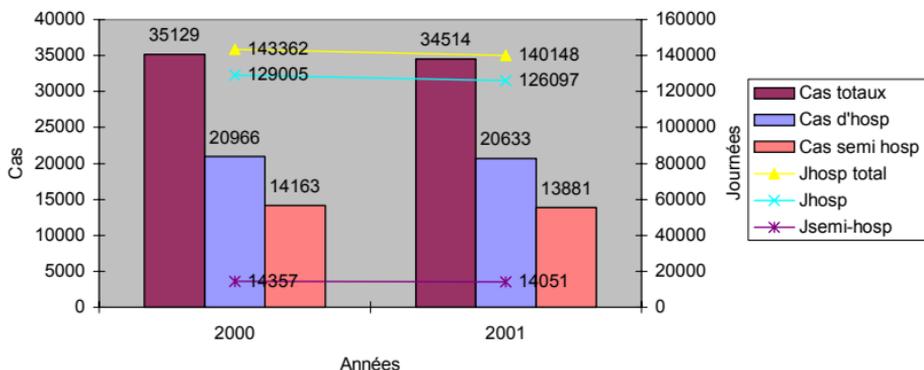
Par ailleurs, un plus grand nombre de patients d'âge avancé et l'organisation de leur prise en charge post-hospitalière, suite à la levée tardive du moratoire sur les constructions d'EMS, provoquent des hospitalisations inappropriées. Le nombre des patients en attente d'une place dans un EMS est d'environ 150.

Enfin, de nouvelles missions ont été transférées aux HUG, augmentant le nombre de lits (ex. médecine pénitentiaire), et certaines prestations ont pris un essor considérable (ex. transplantations).

2.2.2 Etablissements médicaux privés

L'activité des cliniques privées en 2000 et 2001, en termes de journées d'hospitalisation et de nombre de cas, est restée quasiment stable comme le montre le graphique ci-après.

Cas et hospitalisations du secteur privé



Source : enquête, Direction générale de la santé d'avril 2002

2.2.3 EMS : évolution sur le plan quantitatif

Le moratoire, décidé dans un premier temps pour la période 1992-1996, a marqué l'arrêt de toute nouvelle construction et de mise en exploitation de nouveaux EMS.

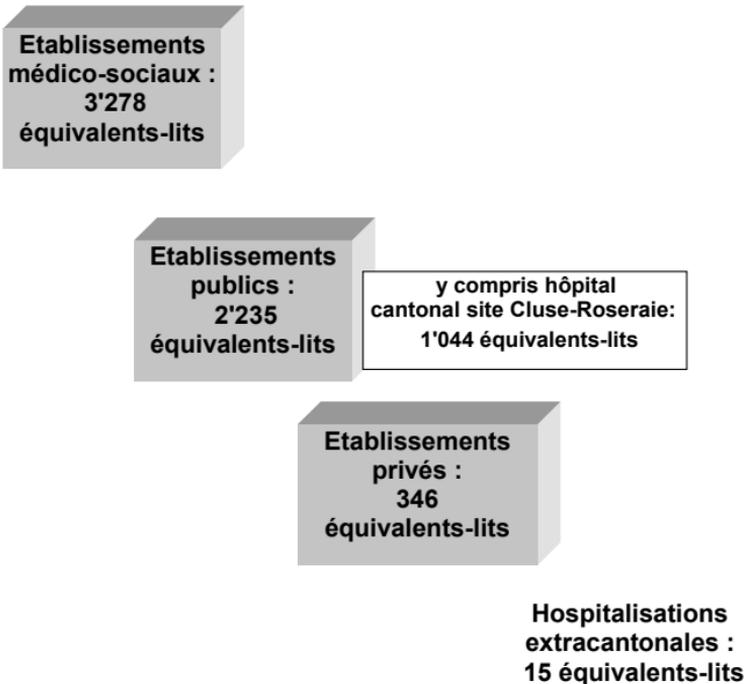
Dans la planification précédente 1997-2001, les 3576 lits dont disposait le canton en 1995 devaient permettre de couvrir les besoins jusqu'à fin 2001¹².

Récapitulatif du système de soins en fonction de sa capacité d'accueil en équivalents-lits¹³ à fin 2000

L'importance relative des différents établissements est comparée en termes d'équivalents-lits. Cet indicateur permet de normaliser le taux d'occupation en le fixant à 100%. Un équivalent-lit correspond à un lit occupé sans interruption pendant un an.

¹² Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001) - point 6.3.3.3.

¹³ L'équivalent-lit se calcule en divisant le nombre de journées d'hospitalisation/hébergement par 365. Par exemple, le nombre de journées de patients genevois hospitalisés hors canton s'élève à 5040, ce qui correspond à 15 équivalents-lits, répartis entre plusieurs localisations.



3. Les objectifs de la planification sanitaire quantitative 2003-2010

L'évolution politique dans la perspective des prochaines révisions de la LAMal, le cadre légal actuel, le bilan de la planification précédente et les indices permettant d'apprécier les besoins de santé à venir ont conduit le Conseil d'Etat à formuler des objectifs de planification.

Il apparaît que le canton de Genève, malgré les efforts de réduction des lits dans le secteur public, garde une capacité hospitalière importante. Cette capacité reste élevée en regard de celle des autres cantons¹⁴.

Le Conseil d'Etat veut réguler toute nouvelle offre hospitalière. Pour ce faire, il demande une réduction mesurée des capacités d'accueil en journées d'hospitalisation sur une période de sept ans.

Cette mesure portera essentiellement sur des réallocations de lits de manière à adapter aux besoins les prestations suivantes :

- soins aigus (publics et privés);
- réadaptation;
- long séjour;

¹⁴ Cf. Annexe 3.3.2.

- EMS;
- établissements pour personnes handicapées.

Après une réflexion sur les choix en matière de planification (cf. annexe 3.3) et sur les limites d'une telle démarche, compte tenu des tendances et des exigences de la LAMal, le Conseil d'Etat a défini ses objectifs en matière de planification hospitalière :

1. réduire l'offre en journées d'hospitalisation;
2. instaurer une régulation de l'offre quantitative;
3. favoriser l'adaptation de l'offre aux besoins à long terme;
4. mettre en place un système d'information pour éclairer les décisions en matière de planification.

Il s'agit de donner une impulsion sensible vers la réduction de la capacité hospitalière tout en gardant la capacité d'adaptation à de nouveaux besoins.

Cinq stratégies doivent participer à cette mise en œuvre. Ces stratégies sont décrites ci-dessous.

3.1 Une réduction mesurée de la capacité hospitalière publique et privée

Lits aigus :

Pour donner suite aux réflexions de la commission de planification du système de soins hospitalier, et en tenant compte du plan stratégique de réaménagement et de transfert des lits des Hôpitaux universitaires de Genève, il est prévu de réduire la capacité actuelle de 275 équivalents-lits de soins aigus sur sept ans soit 100 375 journées d'hospitalisations (12,6%). Cette hypothèse de réduction est tributaire des constructions hospitalières futures, d'une adaptation du bâtiment des lits aux nouvelles exigences, ainsi que d'une meilleure redistribution des lits sur les différents sites. Elle s'inscrit dans la durée et ne concerne pas les établissements de Joli-Mont et Montana.

Le réaménagement du bâtiment des lits, qui prévoit la transformation des chambres communes en chambres à deux lits, devrait à terme générer une réduction de 115 équivalents-lits (41 975 journées d'hospitalisations, 5,3%). Cette réduction prend en considération l'augmentation prévue des lits de maternité et les transferts de lits entre sites hospitaliers.

Le Conseil d'Etat attend du secteur privé une réduction en pourcentage comparable à celle des HUG. Il reste cependant à vérifier la marge de réalisation de cette hypothèse et la possibilité du privé de ventiler la réduction de la même façon que les HUG (qui tient compte d'une réduction et d'un transfert). Dans ce cas, la réduction serait au minimum de 5,3%.

La distinction entre lits pour soins aigus, lits de réadaptation, lits de long séjour et lits de psychiatrie s'opérera progressivement.

3.2 Une augmentation de la capacité des lits d'EMS et les lits EPH

Lits EMS :

La redistribution et la construction de deux nouveaux établissements médico-sociaux devraient, quant à elles, générer un transfert de 160 équivalents-lits, soit 58 400 journées d'hospitalisations (7,3%). Ces nouvelles constructions s'inscrivent dans un programme plus vaste¹⁵ auquel travaillent le Département de l'action sociale et de la santé et le Département de l'aménagement, de l'équipement et du logement qui prévoit la création de 1130 lits en EMS : 650 lits pour faire face à l'évolution démographique; 250 lits pour supprimer la moitié des chambres à lits multiples existantes dans les HUG; 230 lits pour compenser la fermeture ou la reconversion de 10 EMS inadaptés. Un plan directeur « EMS 2010 », approuvé par le Conseil d'Etat en octobre 2001, précise la localisation et la définition souhaitées de la vingtaine d'établissements à construire.

Pour les EPH :

Bien que n'appartenant pas directement aux impératifs de planification LAMal, les établissements d'accueil pour les personnes handicapées font l'objet d'un projet de loi adopté par le Conseil d'Etat le 7 novembre 2001. Pour fin 2002, le canton a planifié 885 places dans des homes et 1014 places dans des ateliers (1899 places au total). Ce projet de loi vise essentiellement à améliorer l'intégration des personnes handicapées. Il prévoit une série de mesures concernant, par exemple, la réadaptation professionnelle, l'accès à l'emploi, l'accessibilité architecturale, ainsi que l'accès à la culture. En outre, il donne les directives concernant l'organisation, la surveillance et le subventionnement des EPH. Enfin, il prévoit d'améliorer l'information dans le domaine du handicap.

En synthèse :

1. La capacité des HUG passera des 2175 équivalents-lits prévus en 2003 à 1900 équivalents-lits en 2010;
2. La capacité des cliniques privées passera de 349 à 305 équivalents-lits;

¹⁵ Programme de construction et de mise en exploitation de nouveaux EMS-période 2002-2010, décidé par le Conseil d'Etat le 4 avril 2001.

3. La capacité des EMS augmentera de 650 lits.

Cette hypothèse respecte ainsi également la réponse du Conseil fédéral au recours de la Fédération genevoise des assureurs-maladie de novembre 2001 selon laquelle le « taux réel de lits d'hospitalisation devrait faire l'objet d'une révision vers le bas »¹⁶ et qui demandait d'« opérer une distinction aussi nette que possible... entre lits hospitaliers et lits médico-sociaux »¹⁷.

A l'horizon 2010, l'offre des soins hospitaliers sera planifiée de la manière suivante¹⁸:

Vue d'ensemble de l'offre de soins hospitaliers 2003-2010		Etablissements médico-sociaux	Hôpitaux Universitaires de Genève	Etablissements privés
Projections 2003*	Equivalent lits	3'367	2'175	349
	Journées**	1'228'955	793'958	127'481
Réduction /Augmentation	Equivalent lits	650	-275	-18
	Journées**	237'250	-100'375	-6'740
2010	Equivalent lits	4'017	1'900	331
	Journées**	1'466'205	693'583	120'741
dont:				
nouvelles constructions		+237250 jhosp/ 650 Elits (+19.3%)		
réaménagement du BDL (y compris maternité)***			-41975 jhosp/ 115 Elits (-5.3%)	
transfert HUG-EMS			-58400 jhosp/ 160 Elits (-7.4%)	
réaménagement des lits privés****				-6740 jhops/ 18 Elits (-5.3%)
Total réd/aug		+237250 jhosp / 650 Elits (+19.3%)	-100375 jhosp / 275 Elits (-12.6%)	-6740 jhops / 18 Elits (-5.3%)

* situation au 01/01/02 pour les EMS

** il s'agit de journées d'hospitalisations pour les HUG et les Etablissement privés et de journées d'hébergements pour les EMS

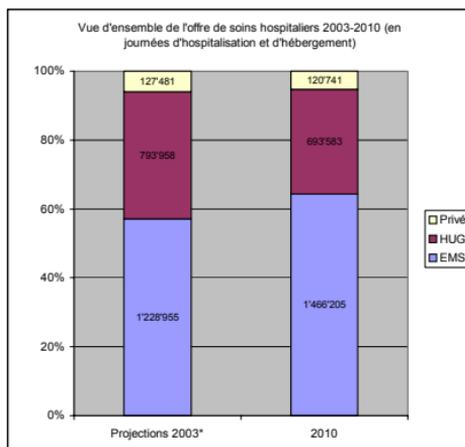
*** prend en considération le réaménagement du bâtiment des lits et l'augmentation des lits en maternité

**** la composante "réaménagement" seule a été prise en considération par les cliniques privées, elle correspond à une réduction de 5.3% de la capacité. Cf aussi note 18.

¹⁶ Réponse du Conseil fédéral au recours de la Fédération genevoise des assureurs-maladie, 2001, p. 34.

¹⁷ *ibidem*, p. 16

¹⁸ L'association des cliniques privées est d'accord d'envisager une réduction proportionnelle de 5,3%, à condition que les HUG diminuent leurs journées dans ces mêmes proportions dans leurs divisions privée et semi-privée. De plus, les statistiques devront être ajustées afin de prendre en compte le changement de la définition de l'hospitalisation suite à l'introduction de l'OCP (1^{er} janvier 2003). Il va de soi que la nouvelle définition des cas de moins de 24 heures – mais avec passation d'une nuit – sous la rubrique « hospitalisation » ne peut être interprétée comme étant une augmentation des journées d'hospitalisation.



Source : Hôpitaux Universitaires de Genève, direction générale de l'action sociale, association des cliniques privées de Genève, direction générale de la santé, novembre 2002

3.3 Le changement par la concertation des acteurs

En dernier lieu, le Conseil d'Etat estime que la transformation du système de soins hospitaliers s'opérera par la concertation des acteurs publics et privés.

Pour les sensibiliser et permettre leur ajustement réciproque, le Département de l'action sociale et de la santé a constitué le 15 avril 2002 une commission de planification du système de soins hospitaliers, présidée par la Direction générale de la santé¹⁹.

Cette commission a pour mission de formuler des propositions sur la planification du système de soins et l'adaptation permanente de l'offre hospitalière aux besoins de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population, en tenant compte des exigences légales et des demandes du Conseil fédéral. Elle a ainsi étayé les choix aujourd'hui proposés par le Conseil d'Etat²⁰.

A l'avenir son rôle consistera à analyser de façon continue les variations de l'offre et les demandes de nouvelles offres de soins hospitaliers.

¹⁹ Cf. arrêté en annexe 4.

²⁰ Des expériences de partenariat sur la tarification médicale (études Tarmed sur l'activité en cabinet privé et sur la chirurgie ambulatoire) ont montré que les prestataires de soins sont prêts à se rencontrer et à collaborer.

3.4 Orienter les soins sur la trajectoire de vie

Parallèlement à la réduction de l'offre, le Conseil d'Etat souhaite explorer de nouvelles pistes pour mieux adapter les structures de soins à la trajectoire de vie des personnes²¹.

Ainsi, la commission de planification travaillera sur un réseau de soins centré sur les besoins de santé de premier recours. Celui-ci devra intégrer plusieurs structures publiques et privées (médecins de ville, centres d'action sociale et de santé, soins à domicile, services d'urgences, hôpital).

Par ailleurs, une réflexion portera plus particulièrement sur un réseau de soins centré sur la trajectoire de vie des personnes âgées, intégrant les mêmes structures et les EMS.

En dernier lieu, le Conseil d'Etat souhaite intégrer la planification hospitalière aux efforts d'organisation à l'échelon régional avec le canton de Vaud, les autres cantons romands et les départements français limitrophes.

Il s'agira dans un premier temps de :

- décrire les structures hospitalières limitrophes de manière à pouvoir en comparer les indicateurs avec ceux des structures genevoises;
- procéder à des échanges d'informations en matière de planification avec les services en charge de ces dossiers;
- s'agissant des pôles de référence, proposer des répartitions d'activité tenant compte des différents lieux de soins;
- définir précisément le rôle des structures de proximité.

3.5 Le suivi par un système d'information

Le Conseil d'Etat insiste sur la nécessité de se doter d'instruments de pilotage pour la planification de la santé. Dans ce sens, la mise sur pied d'un véritable système d'information sanitaire constitue une priorité.

Il s'agit de pouvoir mesurer les tendances, dénombrer les faits, comparer les résultats et les coûts pour prendre des décisions éclairées en matière de politique de santé.

²¹ Cf. Annexe 5.

Le système d'information sur la santé a pour objet de mettre en lien et de valoriser les informations sur la population, l'environnement socio-économique, l'état de santé de la population, les activités et les performances du système de santé.

A cet égard, le Département de l'action sociale et de la santé pilote un projet de système d'information sur la santé. Le Grand Conseil a voté le 13 décembre 2002 un crédit d'étude de 966 000 F pour le système d'information de la santé (PL 8602). Il facilitera le suivi et la mise en lien des informations du système de soins avec la politique de santé pour permettre :

- l'analyse et la synthèse de l'information recueillie par le système de gestion des données, produisant des tableaux de bord synthétiques et thématiques de la santé;
- l'utilisation de ces tableaux pour aider au pilotage de la politique de santé;
- la communication des informations au public et aux experts, au travers de rapports de santé, de notes de synthèse, de rapports thématiques et par la diffusion sur un site Internet.

4. Conclusion

Le système de soins hospitaliers genevois a vu se mettre en place depuis 1997 plusieurs outils indispensables à sa planification. Cette période s'est soldée par une réduction du nombre de lits publics. L'état des lieux réalisé et les instruments de suivi qui seront encore affinés permettent de formuler des objectifs clairs.

Concrètement, le Conseil d'Etat conduira une transformation du système de santé genevois, s'appuyant sur :

- l'estimation des besoins de santé prévisibles;
- les moyens définis par la loi;
- le partenariat avec les prestataires de soins.

Un suivi régulier sera effectué, permettant de poursuivre les objectifs fixés et de prévoir les réajustements utiles. Ceux-ci seront étudiés et proposés par la commission de planification instaurée en avril 2002.

Le Conseil d'Etat, pour mener à bien ce projet, attend une concertation et une collaboration de tous les acteurs; une planification de la santé ne se prescrit pas, mais se construit à plusieurs.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Laurent Moutinot

Annexes :

1. Population, environnement et santé
 - 1.1 La population
 - 1.2 L'environnement physique et socio-économique
 - 1.3 L'état de santé et les problèmes prioritaires
2. Le système de santé
 - 2.1 Le système de soins
 - 2.2 Etablissements publics médicaux
 - 2.3 Etablissements hospitaliers privés
 - 2.4 Exportations et importations de patients
 - 2.5 Système de soins hospitalier vaudois et français
 - 2.6 Le réseau socio-gérontologique : EMS et soins à domicile
 - 2.7 Les professionnels de la santé
 - 2.8 Les équipements lourds
 - 2.9 Financement du système
 - 2.9.1 Financement des hôpitaux
 - 2.9.2 Financement des EMS
 - 2.9.3 Financement des autres activités du système de santé
3. Historique et mode de planification
 - 3.1 Le cadre juridique
 - 3.2 Historique de la planification de la santé
 - 3.2.1 Planification lits EMS 2002-2005
 - 3.2.2 Planification hospitalière
 - 3.3 Choix en matière de planification hospitalière
 - 3.3.1 Les indicateurs
 - 3.3.2 Estimation du besoin en lits hospitaliers
 - 3.4 Méthodes de planification
 - 3.4.1 La planification structurelle de l'offre
 - 3.4.2 La réorganisation des processus intrahospitaliers
 - 3.4.3 La planification régionale
 - 3.4.4 La planification à travers des contrats de prestations
 - 3.4.5 La planification systémique
4. Commission de planification
5. Réseaux de soins centrés sur la trajectoire de vie
 - 5.1 Le travail en réseau
 - 5.2 L'orientation du patient
 - 5.3 Buts, organisation et bénéfices attendus du réseau
 - 5.4 Applications possibles dans le système de soins genevois

Annexe au rapport

ANNEXES

L'annexe de ce rapport comporte de nombreux éléments utiles à la compréhension du contexte de planification, de la description du système de soins hospitaliers, des méthodes de planification et de leur application à la situation genevoise.

Table des matières de l'annexe

1	Population, environnement et santé	2
1.1	La population	2
1.2	L'environnement physique et socio-économique	4
1.3	L'état de santé et les problèmes prioritaires	5
2	Le système de santé	8
2.1	Le système de soins	10
2.2	Etablissements publics médicaux	11
2.3	Etablissements hospitaliers privés	12
2.4	Exportations et importations de patients	13
2.5	Système de soins hospitalier vaudois et français	14
2.6	Le réseau socio-gérontologique : EMS et soins à domicile	16
2.7	Les professionnels de la santé	18
2.8	Les équipements lourds	18
2.9	Financement du système	19
2.9.1	Financement des hôpitaux	20
2.9.2	Financement des EMS	22
2.9.3	Financement des autres activités du système de santé	22
3	Historique et modes de planification	24
3.1	Le cadre juridique	24
3.2	Historique de la planification de la santé	26
3.2.1	Planification lits EMS 2002-2005	28
3.2.2	Planification hospitalière	30
3.3	Choix en matière de planification hospitalière	31
3.3.1	Les indicateurs	31
3.3.2	Estimation du besoin en lits hospitaliers	34
3.4	Méthodes de planification	37
3.4.1	La planification structurelle de l'offre	37
3.4.2	La réorganisation des processus intrahospitaliers	37
3.4.3	La planification régionale	38
3.4.4	La planification à travers des contrats de prestations	38
3.4.5	La planification systémique	38
4	Commission de planification	40
5	Réseaux de soins centrés sur la trajectoire de vie	42
5.1	Le travail en réseau	42
5.2	L'orientation du patient	44
5.3	Buts, organisation et bénéfices attendus du réseau	44
5.4	Applications possibles dans le système de soins genevois	46

1 Population, environnement et santé

La planification doit, en se basant sur la connaissance d'une situation initiale, organiser les moyens conduisant à une transformation future. Ceci ne saurait se faire sans connaître précisément cette situation initiale. La Direction générale de la santé a dressé un état des lieux du système sanitaire et de son environnement.

Il est structuré autour des quatre composantes :

- la population;
- l'environnement physique et socio-économique;
- l'état de santé de la population et les problèmes de santé prioritaires ;
- le système de santé.

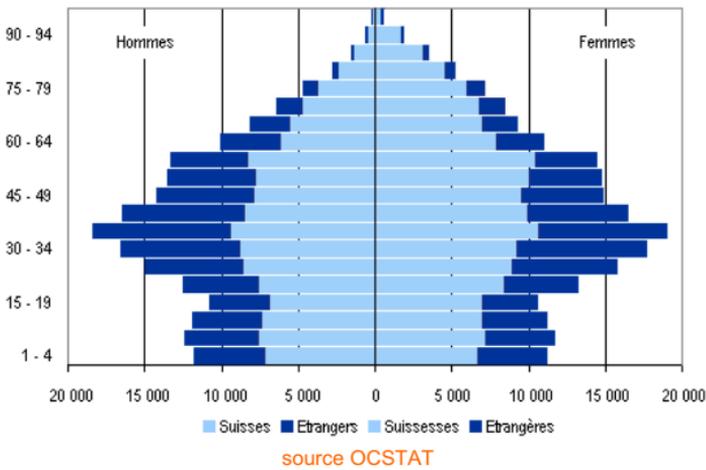
1.1 La population

A Genève, on observe d'emblée deux tendances concordantes avec celles de la Confédération et de la majeure partie des pays occidentaux. La population, sous l'effet conjugué de l'immigration, de la baisse de la natalité et de la mortalité augmente et vieillit. A titre indicatif, on dénombrait en 2001 à Genève, 419'650 résidants (52.2% de femmes) dont 60'747 personnes de plus de 65 ans ce qui représente le 14.5% de la population. Si l'on considère le bassin régional de la population celui est délimité par l'espace franco-valdo-genevois et comprenait 690'477 résidants en 1999.¹

L'espérance de vie à la naissance s'est sans cesse accrue depuis le début du siècle. Elle se situe à 83 ans pour les femmes et 76 ans pour les hommes. Le taux de fécondité le plus élevé concerne les femmes de 30 à 34 ans et se chiffre à 503 enfants pour mille femmes. On a dénombré 4513 naissances vivantes à Genève en 2001 et 3026 décès.

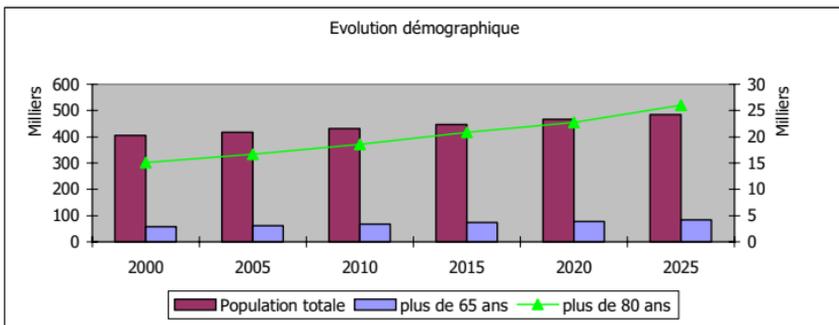
¹ La prise en compte de ce bassin se justifie comme zone de desserte pour les urgences sanitaires

Pyramide des âges de la population résidente du canton de Genève, à fin 2001



Les projections « étudient les conséquences démographiques de trois scénarios sociétaux possible : la poursuite de la politique économique et extérieure actuelle (tendances), l'ouverture plus large sur le monde (dynamique positive) et le repli de la Suisse sur elle-même (dynamique négative). Le scénario « tendance » sur la base d'une hypothèse de taux de migration élevé, d'un taux de fécondité stable et d'une légère hausse de l'espérance de vie a été retenu (Scénario A de l'étude de l'OCSTAT²). Les résultats jusqu'en 2025 sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Evolution scénario A	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Population totale	405'240	416'371	431'587	447'385	465'932	484'897
plus de 65 ans	58'033	61'527	67'524	73'571	77'796	82'563
plus de 80 ans	15'059	16'641	18'618	20'831	22'779	26'062
plus de 65 ans en %	14.32	14.78	15.65	16.44	16.70	17.03
plus de 80 ans en %	3.72	4.00	4.31	4.66	4.89	5.37
accroissement en % population totale		2.75	3.65	3.66	4.15	4.07
accroissement en % plus 65 ans		6.02	9.75	8.96	5.74	6.13
accroissement en % plus de 80 ans		10.51	11.88	11.89	9.35	14.41



² Référence : Projections démographiques pour le canton de Genève, 1999, OCSTAT

Comme le montre le graphique le nombre de personnes âgées et de personnes très âgées (plus de 80 ans) augmentera très rapidement tant en valeur absolue (un tiers de plus presque en 25 ans) qu'en pourcentage de la population totale (les plus de soixante ans représenteront près du quart de la population totale d'ici 2025). La tendance au vieillissement de la population est confirmée et représentera un défi majeur pour le système de santé de demain.

1.2 L'environnement physique et socio-économique

L'environnement physique et socio-économique joue un rôle important dans la planification. Toute construction de nouveaux établissements doit être judicieusement planifiée ; c'est le cas des EMS par exemple, car les besoins de la population âgée s'accroîtront inévitablement. La question du logement doit être prise en compte dans une réflexion sur la planification hospitalière ; le retour rapide à domicile ne devrait pas être limité par une pénurie de logement.³

L'augmentation du chômage due à une détérioration du cadre économique peut influencer négativement une situation de départ qui était satisfaisante. Genève détient un des taux de chômage les plus élevés (5.2 %) de Suisse.

Le canton a adopté le concept de « développement durable »⁴. Les principes qui le régissent vont bien au-delà du simple cadre de l'aménagement du territoire. La recherche de l'équilibre entre l'économie, l'environnement et les besoins sociaux doit être constante.

La situation économique de la santé

L'augmentation des coûts de la santé des sociétés occidentales est un fait auquel ni la Suisse, ni le canton de Genève n'échappent. Les dépenses de santé en fonction du PIB est un indicateur souvent utilisé pour décrire cette évolution. En 1999 avec 10.7% du PIB affecté aux dépenses de santé, la Suisse se situe au 3^{ème} rang des pays de l'OCDE derrière les Etats-Unis et l'Allemagne. Les dépenses de santé par habitant des pouvoirs publics genevois sont en comparaison cantonale les plus élevées de Suisse. Quelles sont les causes de cette évolution ? On évoque l'augmentation de l'offre de services, de la demande de soins, la mauvaise gestion des ressources ou encore le vieillissement de la population. Il est certain qu'il faut rechercher des solutions en combinant des actions sur tous ces facteurs.

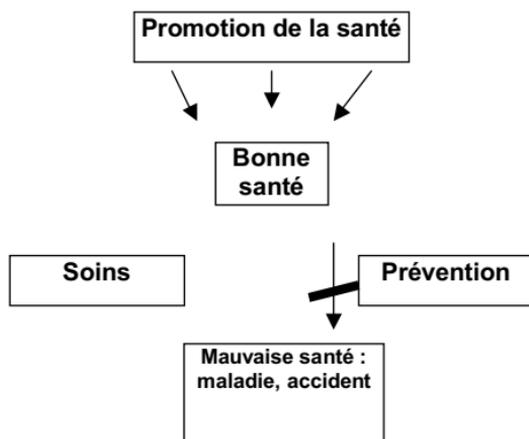
³ Le marché du logement dans le canton de Genève se caractérise généralement par une relative tension. Année après année, le taux de vacance, qui est simplement le rapport entre le nombre de logements vacants et le nombre de logements existants à la date de référence, reste systématiquement et largement au-dessous de 2 %, le taux plancher à partir duquel on estime, par convention, que le marché commence à se détendre. Après une esquisse de détente dans les années de crise, il se réduit à nouveau fortement, passant de 1,58 % en 1998 à 0,38 % en 2001.

L'Année sociale en chiffres, Edition 2001, OCSTAT (Etudes et documents n° 31, Genève, avril 2002, 204 pages)

⁴ Le développement durable a été reconnu dans l'Agenda 21 : « l'ensemble des activités des pouvoirs publics s'inscrit dans la perspective d'un développement de la société, à Genève et dans la région, qui soit compatible avec celui de l'ensemble de la planète qui préserve les facultés des générations futures de satisfaire leurs propres besoins ... L'Etat participe au réseau des villes-santé institué par l'OMS et met en œuvre des actions visant à atteindre ses objectifs. », cf. loi sur l'action publique en vue d'un développement durable (Agenda 21) adoptée par le Grand Conseil en mars 2001.

1.3 L'état de santé et les problèmes prioritaires

L'état de santé global d'une population dépend plus de l'environnement, des comportements individuels et du tissu social et économique que de la performance de ses services de santé⁵. Les politiques de santé devraient investir dans les stratégies de promotion de la santé et de prévention en même temps qu'elles développent leur système de soins ; la finalité étant d'améliorer, maintenir ou restaurer le « bon » état de santé de la population.



Dans l'enquête suisse sur la santé de 1997, le 81% des personnes questionnées déclarait se sentir en bonne santé, voire en très bonne santé. Seul le 4% jugeait son état de santé mauvais, voire très mauvais⁶.

Nous pouvons estimer, que de manière générale, l'état de santé de la population genevoise reste globalement bon. Comme cela avait été constaté pour la première fois en 1993⁷.

Les autorités sanitaires ont voulu connaître les problèmes de santé les plus importants. Une analyse approfondie a permis de définir les priorités de santé cantonales⁸ sur la base d'indicateurs de mortalité (années potentielles de vie perdue, APVP), de morbidité et de souffrance (DALYS)⁹ et sur la perception sociale de ces priorités, mesurée à l'aide d'une enquête de type Delphi. Cette première étape de la *planification sanitaire qualitative* (PSQ) avait pour but d'identifier les problèmes prioritaires de santé, en termes de mortalité, de morbidité, de coûts économiques et sociaux, et de définir des objectifs et des actions sous forme de propositions.

⁵ Par exemple, la diminution de la mortalité par tuberculose est liée à l'amélioration des conditions socio-sanitaires et a précédé l'invention des antibiotiques.

⁶ OCSTAT, Les Genevois et leur santé, principaux résultats de l'enquête suisse sur la santé, in Communications statistiques, 13, avril 2001

⁷ La santé des genevois, Cahier de la santé No 1, juin 1993, P. Wanner, T. Perneger et A. Rougemont.

⁸ Planification qualitative du système de santé genevois, Rapport 1, IMSP-Les cahiers de la santé, n 9.1, janvier 1998.

⁹ Sur la base des données 1990-1994

Les problèmes prioritaires qui ont été identifiés sont la dépression, le suicide, le stress, l'alcoolisme, le tabagisme, l'isolement, le chômage, la violence familiale, les cancers du sein et des voies respiratoires, le SIDA, les traumatismes non-intentionnels et les maladies cardio-vasculaires.

Sur la base de cette liste, quatre priorités cantonales ont été regroupées pour orienter les activités de la PSQ :

- La santé mentale ;
- Les accidents et traumatismes ;
- Les maladies transmissibles ;
- Les cancers (sein, voies respiratoires et digestives).

Au niveau suisse, la réflexion sur la politique nationale de santé a retenu également la santé mentale comme l'une des priorités.

Par ailleurs, il faut aussi prendre en compte les maladies chroniques liées au vieillissement. L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance s'accompagne d'un accroissement du nombre de malades chroniques. En effet les cas de diabète, d'hypertension artérielle, d'atteintes cardio-vasculaires, de maladies ostéo-articulaires dégénératives et de démence augmentent avec l'âge.

Ces maladies concernent naturellement de près les résidents des EMS. La fréquence élevée chez les personnes âgées et les considérations éthiques liées aux soins souhaités en fin de vie nécessitent un intérêt constant.

De 1991 à 1998 la diminution progressive des résidents dont le handicap est considéré comme léger ou moyen sur un plan physique ou psychique (catégorie A «résidents indépendants» et B «résidents semi-dépendants») s'est accompagnée à l'inverse d'une forte augmentation des personnes lourdement handicapées (catégorie C «résidents dépendants») : + 15 % de 1991 à 2000¹⁰.

Evolution en % des différentes catégories de 1991 à 1998 (source DGAS)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Catégorie A	17	15	14	12	10	10	8	7
Catégorie B	44	44	44	41	43	39	38	39
Catégorie C	39	41	42	47	47	51	54	54
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

L'estimation des besoins en soins hospitaliers

De nombreux problèmes de santé nécessitent plusieurs journées d'hospitalisation. Les besoins en soins hospitaliers dépendent de la nature des problèmes de santé et

¹⁰ Détails des chiffres pour 1999-2000 non disponibles

de l'évolution des techniques de soins¹¹. Certains problèmes de santé évoluent selon des tendances prédictibles (nombre d'accouchements, fractures du col du fémur, infarctus du myocarde, cancers les plus fréquents) ou sur des modes épidémiques qui se répètent (grippe). Les épidémiologistes peuvent, dans une certaine mesure, décrire l'évolution de ces problèmes dans une population.

Le plus souvent, il faut se baser sur les statistiques des années précédentes pour estimer les besoins futurs. A ce niveau, la précision du codage diagnostique constitue un facteur limitant l'utilité de ces statistiques.

A ce jour, le système d'information ne permet pas une prise en compte rationnelle des besoins en soins hospitaliers.

¹¹ La chirurgie endoscopique a permis de réduire la durée de séjour ou même de transformer en acte ambulatoire des traitements qui nécessitaient une hospitalisation (chirurgie du genou, interventions gynécologiques, cholécystectomie).

2 Le système de santé

Dans notre société, le système de santé est un ensemble d'une grande complexité formé d'éléments en relation. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu'un système de santé¹² vise à :

- améliorer la santé de la population desservie ;
- répondre aux attentes des gens ;
- assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé.

Pour aborder la transformation du système de santé, il faut en comprendre l'organisation générale, les principes, les structures, les ressources et préciser le rôle de l'administration.

Principes

Les principes qui gouvernent l'organisation et le fonctionnement du système sont :

- l'égalité d'accès aux soins et à la santé;
- la qualité des prestations;

Ces principes s'inscrivent dans un contexte de développement durable et de liberté économique. L'accessibilité n'est pas seulement géographique, condition qui est aisément réalisable sur le territoire genevois. Elle est aussi physique, dans le sens où les structures sanitaires, de par leurs horaires, leur disponibilité doivent prendre en compte les besoins des usagers et des personnes les plus vulnérables (exclus, clandestins, sans domiciles). Cette dimension sociale et psychologique de l'accessibilité est fondamentale sous peine que le système de soins ne contribue aux inégalités sociales en matière de santé.

Dans un système de santé évolué, plusieurs fonctions principales permettent de « produire de la santé »¹³. Ces fonctions peuvent être regroupées autour :

- d'un dispositif de prévention et de promotion de la santé;
- d'un dispositif médico-social de proximité;
- d'un dispositif de soins hospitaliers, de réadaptation et d'hébergement médico-social;
- des activités dépendant de la politique de l'environnement.

¹² Rapport sur la santé dans le monde 2000, page 9.

¹³ Le système doit être construit pour fonctionner selon deux modes d'organisation, en situation normale et en situation de catastrophe. La situation de catastrophe entraîne une réorientation du système pour répondre à une menace et à ses conséquences. En terme d'organisation, c'est le plan ISIS qui définit les rôles et les missions des acteurs impliqués dans une situation de catastrophe. Les situations de catastrophe étant rares, c'est à propos du mode normal qu'est menée la réflexion sur la planification.

L'efficacité de l'ensemble dépend des capacités de coordination et de gestions des organismes, le plus souvent relevant de l'Etat, chargé de l'administration du système de santé, notamment au niveau de son financement et de sa surveillance.

Le Conseil d'Etat donne, par sa politique de santé, les orientations sanitaires. La Direction des hôpitaux, la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et la Direction de l'aide à domicile interviennent à plusieurs niveaux pour réguler le système de santé. La DGS assure des fonctions de planification, d'organisation, de coordination du système de santé et de gestion du système d'information sanitaire. Les services spécialisés comme ceux relevant du médecin, du chimiste ou du pharmacien cantonal exercent des fonctions d'autorité et de surveillance, respectivement sur les professionnels de la santé, les cliniques, les EMS, les restaurants et les pharmacies.

Le DASS veille à la bonne application de la loi sur les EMS. A ce titre, il contrôle les conditions d'application et intervient dans le financement et subventionnement des EMS.

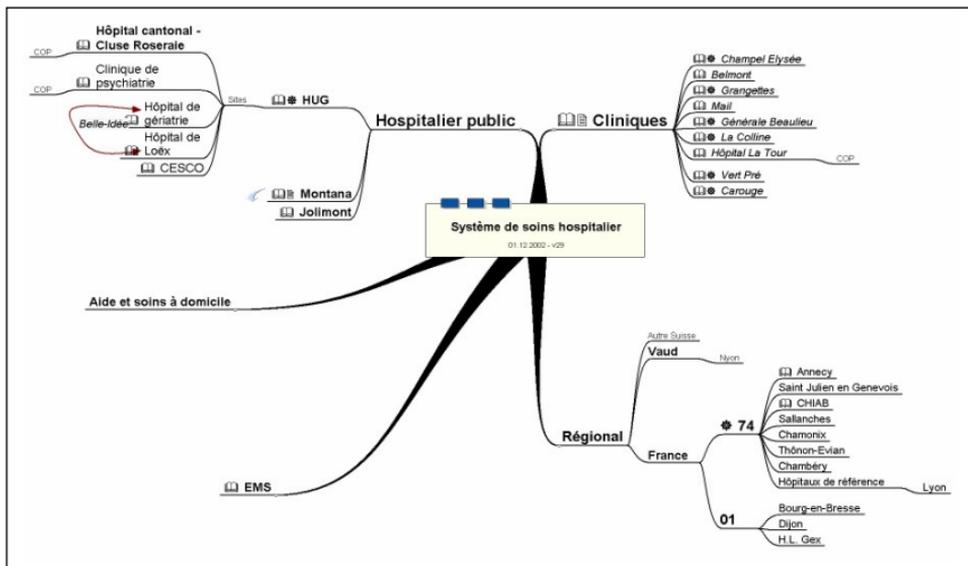
Les ressources du système de santé

Le système de santé est constitué d'un ensemble de ressources propres, susceptibles d'évoluer, dont les caractéristiques doivent être prises en compte pour la planification. Elles sont représentées par :

- les professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, autres professions) ;
- les emplois dans le secteur de la santé ;
- les équipements lourds (IRM, CT-scan, lithotrypseurs, etc) ;
- les médicaments ;
- les infrastructures (lits d'hôpitaux, lits d'EMS, services d'aides et de soins à domicile) – cet élément central est décrit dans le chapitre suivant.

2.1 Le système de soins

Le système de soins hospitalier constitue un des piliers du système de santé genevois. Le système de soins hospitaliers comprend les structures hospitalières publiques (HUG, Jolimont et Montana) et privées, ainsi que les structures extracantonales pouvant accueillir des patients genevois en urgence et pour des interventions spécialisées. Plus largement, le système de soins englobe les EMS et tout le dispositif de soins médico-sociaux de proximité (médecine de premier recours et aide à domicile). Des flux s'établissent entre le maintien à domicile, les structures de soins et les EMS ¹⁴.



¹⁴ Les COP sont des centres opératoires protégés qui ne deviennent opérationnels qu'en cas de crise majeure (catastrophe, guerre).

2.2 Etablissements publics médicaux

Les hôpitaux publics genevois comprennent les hôpitaux universitaires de Genève (HUG), répartis sur quatre sites et les cliniques de Joli-Mont et de Montana. La politique des HUG en matière de planification des lits est à considérer sous deux angles : les lits planifiés, qui représentent une prévision établie en fonction d'une demande de soins anticipée, et les lits en exploitation, qui correspondent aux lits réellement ouverts liés à la demande de soins.

Etablissements publics-médicaux : situation au 1.1.2001

Etablissements publics	Mandat	Journées d'hospitalisation	Lits planifiés (C)	Equivalents-lits (100 % d'occupation)	Taux d'occupation	Durée moyenne de séjour
Hôpital cantonal HUG (HC) (A)	Soins aigus, suite de traitement et réadaptation	381'165	1171	1044	91%	8.6
Belle-Idée : psychiatrie HUG	Soins aigus (psychiatrie)	132'547	343	363	105%	21 (B)
Belle-Idée : gériatrie HUG	Soins aigus (gériatrie)	143'426	398	393	96%	38
Hôpital de Loëx HUG	Suite de traitement et réadaptation, soins palliatifs, maladies de longue durée	98'805	268	271	97%	206
Clinique genevoise de Montana	Suite de traitement et réadaptation,	24'165	80	66	83%	21.5
Clinique de Joli-Mont	Suite de traitement	35'716	104	98	94%	21.4
	TOTAL	815'824	2364	2235	94%	

A : y compris médecine communautaire (médecine pénitentiaire et Petit-Beaulieu), centre romand de paraplégiques

B : correspond à la durée de la psychiatrie adulte ; la psychiatrie gériatrique est à 72 jours.

C : Lits planifiés au 31.12. 2001

Le taux d'occupation des lits est très élevé. Le taux supérieur à 100 % en psychiatrie indique la présence de lits surnuméraires. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 8.6 jours à l'hôpital cantonal.

2.3 Etablissements hospitaliers privés

En 2001, on dénombrait dix cliniques privées en activité¹⁵. Elles disposaient de 462 lits en division privée selon l'arrêté du 15.12.1997.

Etablissement	Prestations offertes	Nombre de lits selon arrêté 15.12.1997
Clinique Belmont	Suite de traitement et réadaptation, soins palliatifs, maladies de longue durée	<i>autorisation provisoire</i> : 20
Clinique de Carouge CMCC SA	Soins aigus	12
Clinique de Champel-Elysée SA	Soins aigus	11
Clinique La Colline SA	Soins aigus	50
Clinique Générale Beaulieu SA	Soins aigus (y compris obstétrique)	131
Clinique des Grangettes SA	Soins aigus (y compris obstétrique)	80
Clinique du Mail SA	Soins aigus	3
Clinique de la Rive droite SA ¹⁶	Soins aigus	10
Clinique Vert-Pré SA	Soins aigus	10
Columbia Hôpital de La Tour SA	Soins aigus (y compris obstétrique)	155

Selon l'enquête de la direction générale de la santé auprès des directions des cliniques privées en 2000, les dix établissements privés (cliniques) ont généré 126'425 journées d'hospitalisation et annonçaient 584 lits. Ces journées d'hospitalisation représentent 346 équivalents-lits. Le taux d'occupation varie de 9 %¹⁷ à 75 % . Le taux moyen d'occupation calculé pour l'ensemble des équivalents-lits est de 59 %¹⁸.

¹⁵ Depuis la précédente planification, la clinique SERENA (10 lits) et « La Maison » (14 lits, établissement de soins palliatifs pour les malades du SIDA) ont tous les deux cessé leur activité. La clinique Belmont (20 lits) bénéficie d'une autorisation transitoire.

¹⁶ Cet établissement avait en 2000 principalement une activité de semi-hospitalisation, sans indication d'activité d'hospitalisation.

¹⁷ Il s'agit d'une clinique avec des activités ambulatoires dont les trois lits autorisés n'ont généré que peu de journées d'hospitalisation.

¹⁸ Il faut relever que les établissements hospitaliers privés ont comptabilisés 14'136 journées de semi-hospitalisation, ce qui correspondrait à 64 équivalents-lit en tenant compte de la disponibilité de ces lits sur 220 journées par année. Ceci ramènerait les équivalents-lits à 410 lits et le taux d'occupation, par rapport aux lits déclarés à 70 % ou à 89 % selon les lits planifiés.

2.4 Exportations et importations de patients

Les flux d'exportation et d'importation de cantons ont leur incidence sur la réflexion de planification. Il apparaît globalement que le canton de Genève, de par sa position géographique et sa qualification universitaire, est plus un canton d'importation¹⁹. Les mouvements de patients privés ne sont pas connus et sont difficilement quantifiables en l'absence de statistiques fiables et des bases légales permettant la récolte de ces données²⁰.

Les hospitalisations extra-cantoniales

Les hospitalisations extra-cantoniales (urgences et soins spécialisé) correspondent à environ 15 équivalents-lits.

	1998	1999	2000	2001
Nombre de demandes	870	1050	1062	975
Nombre de demandes acceptées	683	819	821	705
Nombre de journées d'hospitalisation	4'829	6'000	6'200	5'040
Equivalents-lits	13	17	16	15
Durée moyenne de séjour	7.07	7.45	7.33	7.95
Montant financé par le canton, CHF	2'952'395	3'659'181	3'747'315	3'375'409

Les demandes, les journées d'hospitalisation et la durée moyenne des séjours ne varient pas notablement au cours des années.

Cas d'importation

En 2000, les HUG ont traité 238 vaudois, 643 romands et 291 résidents en France (affiliés à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Haute-Savoie ou de l'Ain).

¹⁹ Ce phénomène est influencé par les conventions d'hospitalisations entre cantons

²⁰ Santé suisse pourrait fournir des données utiles à la planification dans ce domaine.

2.5 Système de soins hospitaliers vaudois et français

Canton de Vaud

L'hôpital vaudois le plus proche est celui de Nyon. Des échanges de patients ont également lieu avec le CHUV pour certaines prestations de pointe non réalisées à Genève.

France : organisation et hôpitaux

Les ARH, Agences Régionales d'Hospitalisation, sont des groupements d'intérêt public associant l'Etat et l'assurance maladie, placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité²¹. La direction de l'ARH Rhône-Alpes est située à Lyon.

L'ARH est chargée de 3 missions essentielles :

- Mettre en œuvre et piloter au niveau régional la politique hospitalière définie par le gouvernement. A partir d'une étude de besoins, l'ARH élabore la carte sanitaire et arrête le Schéma Régional d'Organisation sanitaire, SROS
- Analyser, coordonner l'activité des Etablissements de Santé publics et privés et conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- Déterminer les ressources au niveau régional des Etablissements de Santé

Les ARH élaborent tous les 5 ans²², en partenariat avec tous les professionnels de santé, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire qui tracent le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé. Le SROS organise à l'intérieur de la région, la répartition géographique en secteurs, des installations ou activités de soins.

Le secteur 11 défini par l'ARH Rhône-Alpes correspond au territoire français limitrophe de l'Etat de Genève et comprend la communauté des communes du Pays de Gex, appartenant au département de l'Ain (01) et le bassin lémanique Français qui comprend Annecy, Annemasse, Thonon et Evian, appartenant au Département de la Haute Savoie (74).

²¹ Les ARH ont été créées par l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996. Le Directeur de l'ARH est nommé au conseil des ministres et dirige son propre cabinet de collaborateurs.

Siègent à l'ARH :

- au nom de l'Etat, les directeurs des DDASS et DRASS et le Médecin Inspecteur Régional et
- au nom de l'Assurance maladie, le Directeur Général de la CRAM (caisse Régionale d'Assurance maladie), le Médecin Conseil Régional ainsi que les représentants des régimes non salariés et de la Mutuelle Sociale Agricole.

Les ARH s'appuient :

- sur les travaux des Conférences Régionales de Santé qui définissent annuellement les priorités régionales de santé et sur les avis des Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire. Les Conférences Régionales de Santé rassemblent tous les acteurs régionaux de la santé : Institutions, professionnels de santé, usagers. Elles analysent les besoins de santé et les priorités de santé publique régionaux.
- sur la mesure quantitative de l'activité de soins à travers le PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'information et
- sur les résultats d'évaluation et d'accréditation de l'ANAES Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'ANAES a été créée par l'Etat en 1996 pour favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques dans les établissements de santé publics et privés.

²² Le SROS actuel couvre la période 1999-2004

Le Pays de Gex se caractérise par la quasi-absence de structures hospitalières ou de cliniques privées, en dehors du Centre Hospitalier du Pays de Gex à Gex, qui n'assure que des soins de type médicaux de premier recours, sans maternité ni chirurgie. Le Pays de Gex dépend donc des structures plus ou moins proches de Haute-Savoie et des structures assez éloignées du reste de l'Ain.

La Haute-Savoie limitrophe de l'Etat de Genève est beaucoup mieux dotée en structures hospitalières publiques et en cliniques privées que le Pays de Gex, mais ne dispose pas de Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) propre. Les Hôpitaux Universitaires de Lyon font office de CHU de référence dans cette région.

Dans le SROS actuel, il n'est pas fait mention des structures hospitalières genevoises.

2.6 Le réseau socio-gérontologique : EMS et soins à domicile

Afin de suivre et d'anticiper l'évolution des besoins en EMS et pour établir la planification quantitative, le département de l'action sociale et de la santé (DASS) dispose de divers instruments de mesure :

- a) les données démographiques traitées non seulement globalement mais également par secteur socio-sanitaire;
- b) des informations sur le nombre de lits et d'établissements;
- c) une liste hebdomadaire des places vacantes²³;
- d) le relevé des attentes hospitalières, soit le pointage, à un jour donné, des personnes hospitalisées et en attente d'un placement dans un EMS;
- e) une information périodique sur les listes d'attente des établissements et sur les personnes effectivement entrées en EMS;
- f) une information annuelle par le relevé de la statistique administrative (Philémon et Baucis), qui renseigne sur l'effectif de la clientèle et ses mouvements (entrées et sorties), sur l'effectif du personnel et ses mouvements, et ce dans l'ensemble du réseau socio-gérontologique (aide à domicile, accueil institutionnel, etc.);
- g) une évaluation semestrielle du degré de dépendance des résidants, selon l'outil PLAISIR (PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis).

Le réseau socio-gérontologique a été défini comme l'ensemble des services ou institutions d'aide ou de soins aux personnes âgées. Il se subdivise aujourd'hui en cinq sous-domaines selon le genre d'activité :

- a) hospitalisation (établissements publics médicaux);
- b) hébergement (établissements médico-sociaux pour personnes âgées et unités d'accueil temporaires);
- c) structures intermédiaires (foyers de jour);
- d) immeubles (immeubles avec encadrement social pour personnes âgées) ;
- e) aide à domicile (services d'aide et de soins à domicile).

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS)

Au 31 décembre 2000, les 57 établissements médico-sociaux, avec leurs 3'389 lits, accueillait 3'311 personnes âgées, dont 80% de femmes et 20% d'hommes. Le 79% des résidants avait 80 ans ou plus et le 75 % de ces personnes bénéficiaient de prestations complémentaires. La durée moyenne de séjour était d'environ 3 ans et 4 mois (40 mois).

En 2000, ces EMS ont enregistré 913 entrées, dont 61% en provenance d'un établissement public médical (EPM), 31% du domicile et 8% d'un autre EMS ou

²³ Une place vacante est une place qui peut être immédiatement occupée par un candidat. Cet enregistrement fait l'objet d'un bulletin hebdomadaire communiqué, notamment, aux services placeurs; il est également disponible sur le site Internet de l'Etat de Genève.

d'une autre provenance. Les sorties ont été au nombre de 903, dont 91% ont été des décès, 3% des hospitalisations, les 6% restants étant soit des transferts dans d'autres EMS, soit des retours au domicile, soit d'autres destinations. Le taux d'occupation moyen s'est élevé à 97,8 %. Les EMS ont assuré 1'196'419 journées d'hébergement en 2000, soit 3278 équivalents-lits²⁴.

Les unités d'accueil temporaire (UAT)

Selon l'arrêté du 1.3.1999, les UAT doivent garantir l'accès à un séjour temporaire dans un EMS et permettre ainsi aux personnes qui s'occupent de la personne âgée dépendante de prendre des vacances, de bénéficier d'un temps de pause et/ou d'avoir une solution transitoire lorsqu'elles sont malades. *Les UAT existent aussi pour contribuer à éviter une hospitalisation sociale* ou un placement définitif en EMS hâtifs en permettant à la personne âgée d'avoir une meilleure connaissance de l'EMS.

Au 31.12.2001, 14 EMS étaient autorisés à pratiquer l'accueil en UAT en mettant à disposition 36 lits. En 2001, le taux d'occupation moyen a été de 68% et la durée moyenne de séjour a été de 14 jours.

Les foyers de jour

En 2000, on compte, dans le Canton de Genève, 7 foyers de jour (Butini, Caroubier, les Cinq Colosses, Livada, Oasis, Soubeyran, Relais Dumas).

L'effectif des clients s'élevait, au 31.12.2000, à 306 personnes. La majorité (62 %) des personnes qui fréquentent les foyers avaient 80 ans ou plus. Les clients entrés durant l'année provenaient à raison de 75 % de leur domicile. Quant aux clients sortis, le 40 % cessait de fréquenter le foyer en raison d'une hospitalisation.

Les immeubles avec encadrement social pour les personnes âgées

En 2001, on comptait 17 immeubles avec encadrement social pour personnes âgées (anciennement D2)²⁵.

Les résidents recensés au 31.12.2000 dans les 17 immeubles de ce type étaient au nombre de 1151, dont 75 % de femmes. En 2000, ces immeubles ont enregistré 94 nouvelles entrées contre 118 sorties (40 % vers des EMS, 38 % pour une hospitalisation de longue durée (91 % de ces personnes sont décédées à l'hôpital), 13% pour une autre destination et 9% pour décéder à domicile).

Les services d'aide et de soins à domicile

Cinq services ont participé au relevé (FSASD, CSI, HG, SSVG, Pro Senectute²⁶).

²⁴ Pour mémoire, un équivalent-lit représente le nombre de journées d'hébergement divisé par 365 ; il correspond à un lit occupé à 100 %.

²⁵ Ansermet, Arc-en-Ville, Arenières, Avanchets, Bernex, Carouge Centre, Chapelly, Chêne-Bourg, Chevillarde, Florimontaine, Franchises, Jumelles, Lignon, Onex III, Palettes, Rasses, Reposa.

Le 31/12/2000, la file active suivie par la FSASD était de 9'377 clients, dont le 81% avait 65 ans ou plus et le 48% avait 80 ans ou plus. La file active de l'HG était 5'612 clients, dont seulement 2% était âgés de 65 ans ou plus. La CSI suivait de 313 clients. Les clients suivis par Pro Senectute durant l'année étaient de 1'665.

Ce dispositif médico-social de proximité s'inscrit dans un ensemble plus vaste qui comprend les médecins privés, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé.

2.7 Les professionnels de la santé

Le canton de Genève a le privilège, comparé à de nombreux pays, de disposer de professionnels de la santé qualifiés en nombre. Toutefois, cette remarque générale doit être nuancée par le fait qu'en 2000 :

- la densité médicale a augmenté de 6 % entre 1999 et 2000 et elle est très élevée : selon la FMH, le canton de Genève compte 6 médecins pour mille habitants, juste derrière Bâle-Ville (8 médecins pour mille habitants) et bien au dessus de la moyenne suisse (3.5); elle se situe à un peu plus de 3 pour mille en France²⁷;
- l'attractivité des professions infirmières a diminué suite à la baisse de la qualité des conditions de travail, même si récemment les salaires publics et privés ont été revalorisés; on peut craindre une pénurie en infirmières spécialisées;
- les pratiques complémentaires sont très implantées et figurent dans la loi cantonale sur les professions de la santé (K 3 05).

2.8 Les équipements lourds

Le canton de Genève abrite de nombreux équipements lourds à visée diagnostique ou thérapeutique. On estime à ce jour que le canton abrite dix installations d'imagerie à résonance magnétique (IRM) : deux dans les hôpitaux publics, quatre dans des cliniques privées et quatre dans des cabinets privés.

On a estimé à environ 70 le nombre de salles d'opération dans le canton, dont 36 dans les HUG.

A titre d'information, les HUG ont également :

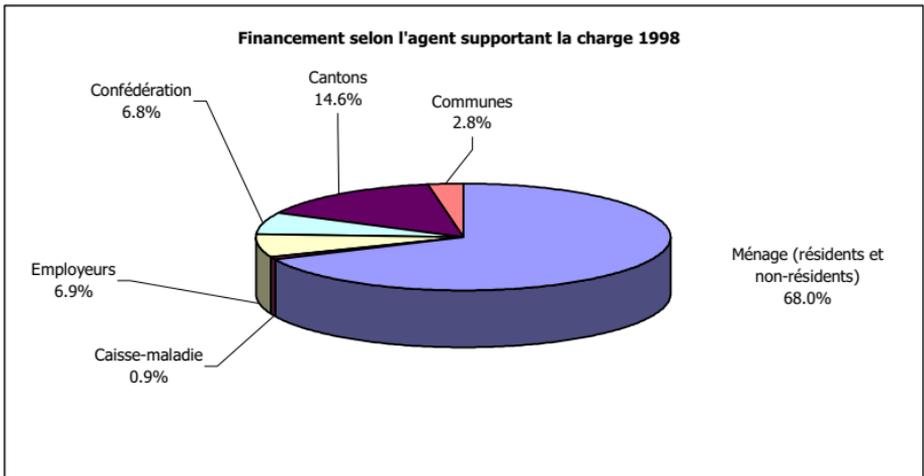
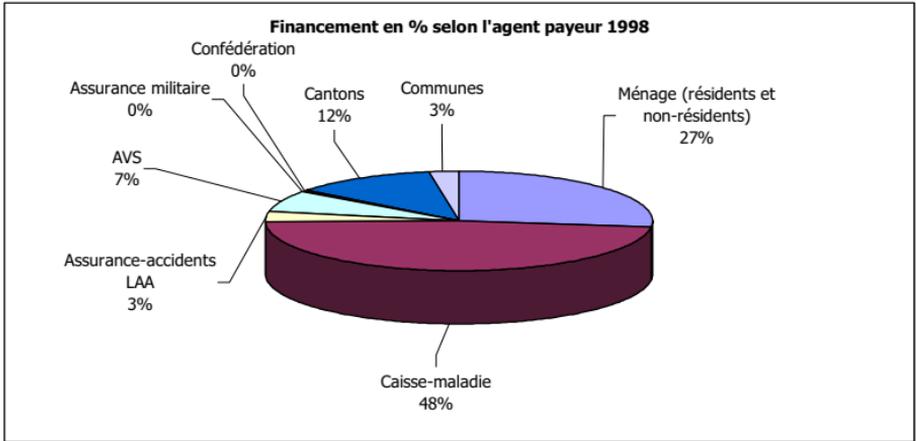
- 32 salles de diagnostics en radiologie ;
- 10 salles de diagnostics en médecine nucléaire ;
- 3 salles de traitement en radiothérapie.

²⁶ Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD), Coopérative de soins infirmiers (CSI), Hospice général (HG), Service social de la Ville de Genève (SSVG), Pro Senectute.

²⁷ L'enquête de la Direction générale de la santé de novembre 2002 suite à la mise en application de l'ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur la limitation à l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (cette limitation ne s'applique qu'aux médecins) a révélé qu'à Genève il y avait 1906 médecins au bénéfice d'un droit de pratique et pouvant exercer à la charge de la LAMal.1

2.9 Financement du système

Les sources de financement du système de santé sont multiples. On distingue principalement le financement direct -ou selon l'agent payeur-, du financement indirect- ou selon l'agent supportant la charge-. Les graphiques ci-dessous montrent pour l'année 1998, et pour la Suisse, que la part du financement direct est en grande partie assuré par les caisses maladies (près de 50%), mais que la charge économique réelle est, elle, supportée par les ménages à hauteur de 70%. Ces dernières années, les augmentations successives des coûts du système de santé se sont répercutées sur les primes payées par les ménages aux assurances maladies. De plus la participation de L'Etat, sous forme de subvention, s'est peu à peu réduite : la charge supportée par les ménages n'a donc cessé d'augmenter.



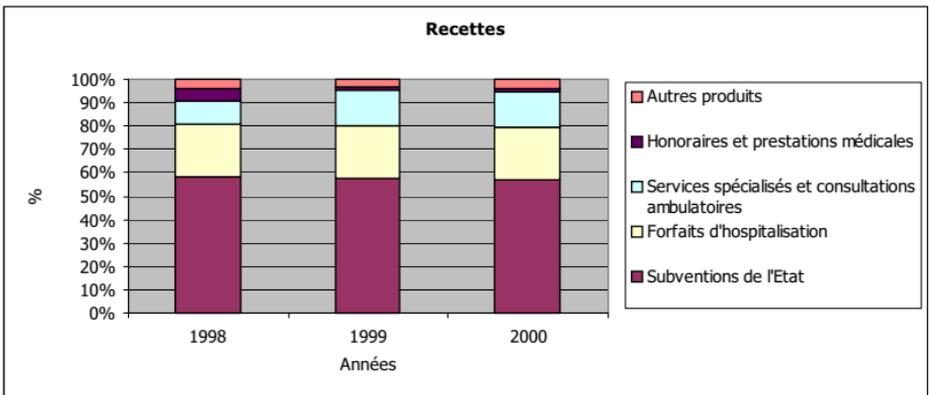
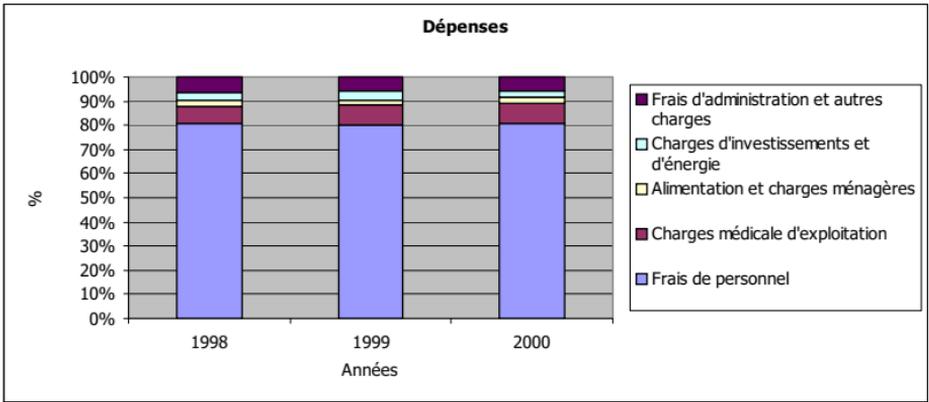
Source OFS

2.9.1 Financement des hôpitaux

Les comptes de fonctionnement des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour la période 1998-2000 se présentaient ainsi : du côté des recettes, 42% proviennent du paiement des assurances et des patients, 58 % de la subvention de l'Etat. Du côté des charges, 80% sont liés à des frais de personnel, les 20% restant comprennent les frais de médicaments, des frais d'administration, des charges ménagères et d'alimentation et des charges d'investissement et d'énergie. Le budget total des HUG a dépassé le milliard de francs suisses. Les différentes rubriques et leurs montants respectifs sont résumés dans le tableau²⁸ ci-dessous. En 2000 les HUG employaient 7864 personnes dont environ 15% de médecins, 40 % d'infirmiers, 18% d'aide soignants et 27% des collaborateurs responsables des tâches administratives techniques et de logistique.

En milliers de francs	1998	1999	2000
Recettes			
Subventions de l'Etat	595'216	611'556	621'185
Forfaits d'hospitalisation	232'503	234'548	249'822
Services spécialisés et consultations ambulatoires	103'588	160'947	164'715
Honoraires et prestations médicales	55'489	17'644	19'990
Autres produits	38'170	32'612	40'323
Totales Recettes	1'024'967	1'057'307	1'096'036
Dépenses	-	-	-
Frais de personnel	825'017	841'636	883'802
Charges médicale d'exploitation	78'099	86'313	90'946
Alimentation et charges ménagères	24'258	23'617	25'247
Charges d'investissements et d'énergie	31'659	37'107	29'643
Frais d'administration et autres charges	65'730	63'787	64'948
Totales Dépenses	1'024'762	1'052'460	1'094'586
	-	-	-
Excédent de recettes	205	4'848	1'450

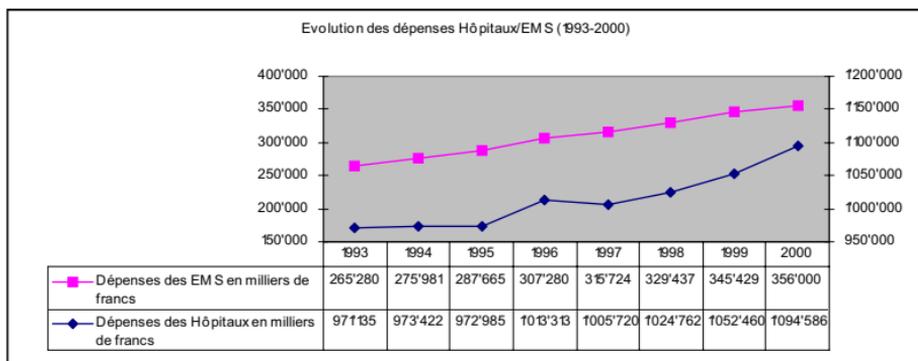
²⁸ Source Rapport de gestion des HUG 2000



Le graphique²⁹ ci-dessous compare l'évolution des coûts entre les hôpitaux et les EMS depuis 1993. On constate que l'évolution des dépenses pour les EMS a été constante au fil du temps. Son augmentation est d'environ 4% par année. Le budget des hôpitaux a connu d'abord une période de stagnation, une forte hausse suivie d'un léger fléchissement en 1996-1997 et depuis 1997 une augmentation comparable à celle des EMS. (Ceci est à mettre en relation avec le transfert d'activités. (par exemple le transfert de l'Institut universitaire de médecine légale aux HUG au 1.1.1999)

²⁹ Source Rapport de gestion des HUG 2000

Evolution des dépenses Hôpitaux/EMS (1993-2000)



2.9.2 Financement des EMS

En 2001, le coût total des EMS s'est élevé à 377 millions. Ce financement a été assuré de la façon suivante :

Source de financement des EMS	en millions de francs	en % du total
Ressources personnelles des résidents	104	27.59%
Assurances-maladie	93	24.67%
Subventions directes de l'Etat aux EMS	64	16.98%
Prestations de l'OCPA aux résidents	110	29.18%
Recettes diverses	6	1.59%
Total	377	100.00%

Source DGAS, 2001

2.9.3 Financement des autres activités du système de santé

Les soins à domicile

Le canton finance la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD). En 2000, l'enveloppe budgétaire de l'Etat de Genève s'élevait à 63.2 millions de francs et représentait un peu plus de 54% du financement total. Les principales recettes de la Fondation sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Source de financement de la FSASD en 2000	en milliers de francs	en % du total
Subventions communales	2'656.70	2.27%
Subvention Etat de Genève	63'169.51	54.06%
Subvention fédérale	21'158.24	18.11%
	86'984.45	74.44%
Facturation et produits divers	29'859.73	25.56%
	116'844.18	100.00%

Source FSASD

Activités de prévention des maladies et la promotion de la santé

Le Grand Conseil accordait un crédit d'investissement de 8.5 millions de francs sur quatre ans au titre de subvention cantonale d'investissement à l'institut universitaire de médecine sociale et préventive dès 1999. A cela s'ajoutent les actions ponctuelles de la DGS et d'autres subventions annuelles. Voici les montants pour l'année 2000 :

Financement pour la prévention des maladies et la promotion de la santé en milliers de francs	Année 2000 (milliers de francs)
Subvention pour la planification sanitaire qualitative	1'590
Actions ponctuelles de la DGS	700
Dîmes de l'alcool	1'100
Prévention du SIDA	2'850
Prévention du tabac et de l'alcoolisme	1'000
Total	7'240

3 Historique et modes de planification

La planification actuelle est sous l'influence du cadre juridique, ainsi que de facteurs historiques. Une telle planification peut se décliner en fonction de diverses approches.

3.1 Le cadre juridique

La planification hospitalière repose sur un cadre juridique complexe. L'art. 39 de la LAMal, al. 1, lettre d) prévoit que «les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admises si elles *correspondent à la planification établie par un canton* ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate». L'art. 39 précise aussi, à son alinéa 3, que ces conditions «s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux)».

En conséquence, la planification cantonale est une tâche de droit fédéral dévolue aux cantons. Elle a pour mission d'évaluer les besoins du domaine spécifique et de trouver des solutions visant à une assistance conforme aux exigences. C'est d'elle, finalement, que dépend l'admission d'un établissement dans la liste des établissements hospitaliers et des EMS et non pas uniquement des critères mentionnés aux lettres a) à c) de l'art. 39, al. 1, lesquels concernent des aspects techniques liés à l'infrastructure (assistance médicale suffisante, personnel qualifié nécessaire, équipement médical adéquat et fourniture de médicaments). L'établissement inscrit peut ainsi être considéré comme fournisseur de prestations au sens de l'art. 35 LAMal.

La législation cantonale relative aux établissements médico-sociaux (1^{er} janvier 1998) inscrit les EMS dans le cadre de la politique de santé et de la planification sanitaire. Elle exige que les EMS, conformément à la législation fédérale sur l'assurance-maladie, soient au bénéfice d'un mandat de prestations donné par l'autorité cantonale.

Les recours contre la planification hospitalière 1997-2001

Le processus de planification actuel n'a pu se mettre en place que depuis 2001. Pour définir les lignes directrices de la planification en connaissance de cause, les autorités sanitaires ont dû en effet attendre la décision du Conseil fédéral de novembre 2001 au recours de la FGAM déposé le 29.1.1998 .

Dans ce recours, la FGAM avait conclu à l'annulation de la liste hospitalière genevoise au motif que celle-ci introduisait des surcapacités et suréquipements qui ne permettaient pas d'atteindre les buts fixés par la LAMal, à savoir l'utilisation optimale des ressources et la maîtrise des coûts. La FGAM contestait l'admission dans la liste genevoise de l'ensemble des hôpitaux publics et de la plupart des

hôpitaux privés du canton de Genève, ainsi qu'à celle de certains établissements publics sis dans le Canton de Vaud. La FGAM affirmait par ailleurs que la durée de séjour hospitalier aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) était la plus élevée de Suisse.

Dans sa décision du 7 novembre 2001, le Conseil fédéral a examiné si la liste hospitalière genevoise telle qu'arrêtée par le Conseil d'Etat en décembre 1997 reposait sur une planification conforme aux besoins en soins de la population. A cet égard, le Conseil fédéral a retenu que c'était à juste titre que le Conseil d'Etat avait intégré l'offre constituée par les cliniques privées genevoises dans la planification hospitalière et ce afin que la totalité de l'offre disponible soit prise en considération (DCF, p. 14).

Le Conseil fédéral a tout d'abord donné son satisfecit au Conseil d'Etat pour ce qui est des capacités en lits de soins aigus.

En ce qui concerne les capacités en soins de psychiatrie à l'horizon 2001, le Conseil fédéral a considéré que le taux de lits dans le canton de Genève était plutôt bas en comparaison intercantonale (p. 29). Il a ainsi confirmé que le nombre de lits planifiés pour les soins psychiatriques sur le site de Belle-Idée était conforme à l'art. 39 LAMal et n'induisait pas de surcapacités.

S'agissant en revanche du nombre de lits de réadaptation planifiés par le Conseil d'Etat sur les sites de Loëx, de Joli-Mont et de Montana, celui-ci serait très élevé. Ce chiffre a toutefois été accepté dans la mesure où la planification genevoise à l'horizon 2001 laissait entrevoir la possibilité d'une réduction ultérieure supplémentaire du nombre de lits (p. 30).

En conclusion, le Conseil fédéral a confirmé les capacités en lits résultant de la planification hospitalière genevoise. Il a toutefois demandé au Conseil d'Etat genevois de tenir compte, dans le cadre de la future planification hospitalière, après 2001, des principes suivants :

- opérer une distinction aussi nette que possible entre les lits servant aux traitements hospitaliers de maladie aiguë ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (lits hospitaliers) et les lits servant à prodiguer des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (lits médico-sociaux), ces derniers devant impérativement être exclus le cas échéant de la liste hospitalière;
- déterminer la demande en soins ainsi que les capacités nécessaires à la couverture des besoins en soins en fonction des principales catégories de prestations;
- établir, pour chaque catégorie de prestations envisagée, l'ensemble des données déterminantes pour la planification hospitalière, d'abord au moment de la planification, puis sous forme de prévisions formulées pour l'échéance de la planification;
- prendre en particulier en considération les flux d'importation et d'exportation des cas d'assurance ;
- envisager une diminution de la durée moyenne du séjour lors de la planification hospitalière postérieure à 2001 .

Il convient enfin de rappeler que ce cadre juridique devrait profondément évoluer au cours de ces prochaines années. Le conseil fédéral a en effet saisi les Chambres du projet de 2^{ème} révision partielle de la LAMal, qui touche précisément à l'art. 39 LAMal

sur la planification hospitalière en relation avec une réforme structurelle du financement hospitalier (art 49 LAMal).

La réflexion sur la planification doit prendre en compte les décisions déjà prises en matière d'infrastructures.

Au niveau hospitalier

Le Conseil d'Etat a demandé en octobre 2000 d'élaborer les lignes directrices de la planification des bâtiments hospitaliers de 2000 à 2010³⁰. Guidée par les objectifs de la planification sanitaire quantitative 1997-2001, la satisfaction des besoins hospitaliers et la capacité annuelle d'investissement de l'Etat de Genève, cette planification prévoit des investissements de 308 millions de francs financés par l'Etat et de 29 millions de francs financés par les HUG pour des grands travaux de constructions hospitalières (2001-2010). Les principaux sites concernés sont la maternité, la pédiatrie, la clinique psychiatrique de Belle-Idée. Le bâtiment des lits de l'hôpital cantonal verra sa capacité diminuée de 800 à 600 lits. Le site de Loëx (actuellement 280 lits) verra sa capacité augmentée de 80 lits pour la médecine de rééducation neurologique transférée après la reconversion du bâtiment de Beau-Séjour en lieu de recherche, formation et administration (lits inclus dans les 1037 lits planifiés pour Belle-Idée et Loëx).

3.2 Historique de la planification de la santé

Le système de soins hospitaliers actuel est le résultat d'une croissance évoluant sur de nombreuses décennies.

Déjà vers 1783, Samuel-Auguste Tissot, médecin vaudois et figure intellectuelle du Siècle des Lumières, écrivait dans son « Projet d'école clinique » :

« Mon droit est de prendre les malades que je voudrai dans l'hôpital, de les conduire absolument comme je voudrais, de fixer le nombre des assistants et de les choisir ; ... J'augmenterai le nombre de malades à mesure que je trouverai plus de capacité... dès qu'un lit sera vide je le ferai remplir. »

A cette époque, le système de soins ne pouvait répondre aux besoins, étant insuffisamment doté en capacité d'accueil et en médecins. Il apparaît maintenant que la croissance du système a atteint une limite ; les ressources ne suffisent plus à le perdurer. Le système passe de la logique de la croissance à celle de l'adaptation.

S'adapter ne veut pas simplement dire rationner. La réflexion dans le domaine de la planification de la santé conduit à la recherche de solutions qui ne sont pas uniquement une limitation des moyens. Il s'agit de changer de perspective, de ne pas se focaliser sur des réductions de lits ou la fermeture d'hôpitaux, mais plutôt de prendre en compte le système dans sa globalité et de faire interagir les prestataires de soins.

³⁰ RD 377 M 1180-A, Rapport du Conseil d'Etat du 11.10.2000, approuvé par le Grand Conseil le 9.9.2001

Les actions menées par le canton dans le domaine de la santé se sont caractérisées, entre 1990 et 1997, par plusieurs démarches politiques et législatives, dont les principales sont :

1. Le premier rapport sur « la planification hospitalière et sanitaire » qui date de janvier 1991 (Louis Emmenegger) ;
2. la réforme hospitalière et la mise en place des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) de janvier 1995;
3. l'analyse de la situation sanitaire genevoise selon les 38 buts de l'OMS qui a permis d'établir un Bilan de santé des genevois (A. Rougemont, Institut de médecine sociale et préventive (IMSP), 1993) ;
4. le rapport Gilliland, datant de juin 1994, qui dresse une typologie des centres et services de soins et fournit une première analyse du système de santé genevois ;
5. Le refus par le peuple de la fermeture de la clinique de Montana le 4.12.1994 ;
6. la planification sanitaire qualitative (janvier 1998) qui a permis de définir les domaines d'action prioritaires et a abouti à une loi d'investissement (Loi 8045 du 25 juin 1999) ;
7. l'élaboration et la mise en oeuvre de la législation sur l'aide et les soins à domicile (première loi de février 1992);
8. l'élaboration et la mise en place du réseau hospitalo-universitaire de la Suisse occidentale (Rhuso), refusé par vote populaire en juin 1998;
9. l'élaboration de la nouvelle législation et du nouveau mode de subventionnement des établissements médico-sociaux (EMS) entrée en vigueur en janvier 1998;
10. l'élaboration de la nouvelle législation et de la nouvelle organisation des transports sanitaires d'urgence, acceptée en votation populaire et entrée en vigueur en janvier 2001.

Le Conseil d'Etat a présenté au Grand Conseil, en août 1997, un rapport sur la politique de santé et sur la planification sanitaire pour la période 1998-2001. Conformément à l'art. 3 al. 1^{er} LAMal, le Grand Conseil a approuvé par voie de résolution les principes généraux de la politique de santé et des soins et la planification sanitaire 1998-2001.

Le Conseil d'Etat a été chargé d'ouvrir une procédure de consultation des milieux intéressés sur d'éventuels nouveaux instruments pouvant servir la planification sanitaire. La consultation a mis en évidence le besoin d'une vision systémique intégrant les besoins de santé de la population et l'amélioration de l'orientation des patients dans le réseau de soins.

3.2.1 Planification lits EMS 2002-2005

Le Conseil d'Etat a levé le moratoire et a arrêté, le 4 octobre 2001, un programme de construction et de mise en exploitation de nouveaux établissements médico-sociaux (EMS) pour la période 2002-2010. A cette occasion, il a chargé de le Département de l'action sociale et de la santé et le Département de l'aménagement, de l'équipement et du logement d'élaborer un plan directeur de construction et de mise en exploitation de nouveaux EMS³¹. Son objectif est la mise à disposition de 1130 nouveaux lits en EMS.

	Diminution/ augmentation du nombre de lits	Nombre de lits au 31décembre	Motifs de la diminution ou de l'augmentation
1995		3576	
1996	- 12 lits	3564	Fermetures d'EMS, suppression de chambres à lits multiples, réouverture d'EMS.
1997	- 64 lits	3500	Fermeture de 4 EMS.
1998	+ 10 lits	3510	Création de nouveaux lits.
1999	- 107 lits	3403	Diminution de chambres à lits multiples, transferts de lits d'EMS vers un immeuble avec encadrement social.
2000	- 14 lits	3389	Diminution de chambres à lits multiples, conversion de lits « convalescence » en lits EMS.
2001	- 22 lits	3367	Fermeture d'un EMS, suppression de chambres à lits multiples.

La planification des besoins en lits dans les EMS pour 2002-2005 a été établie sur la base des projections démographiques de l'OCSTAT (scénario A) et sur la base d'un taux d'institutionnalisation de 20%³². La classe d'âge 80 ans et plus, représentative de cette population, a été retenue³³.

Le tableau ci-dessous résume le nombre de lits requis pour la période 2002-2005:

³¹ Le projet de plan directeur comprend :la localisation et la définition de 20 EMS environ, totalisant 1130 lits, soit :

- 650 lits pour faire face à l'évolution démographique;
- 250 lits pour supprimer la moitié des chambres à lits multiples existantes;
- 230 lits pour compenser la fermeture ou la reconversion de 10 EMS inadaptés;

³² Ce taux calcul le pourcentage des personnes âgées de 80 ans ou plus allant vivre dans un EMS.

³³ En 2000, 79 % des résidents avaient 80 ans ou plus, l'âge d'entrée moyen était de 85 ans et l'âge moyen des résidents était de 86 ans.

	Population âgée de 80 ans ou plus	Nombre de lits requis (taux de 20 %)
2001	15357	3367 ³⁴
2002	15707	3437
2003	15992	3494
2004	16315	3559
2005	16641	3624

Selon les projections démographiques Genève comptera, en 2005, 16641 personnes âgées de plus de 80 ans. Ceci correspond à une augmentation de 1284 personnes, soit 8.34%. 257 lits supplémentaires devraient être mis à disposition d'ici à 2005, soit une augmentation de 7,63 %.

Informations supplémentaires sur les EMS: évolution du nombre de décès par rapport aux sorties et par rapport aux résidents de 1994-2000, évolution du taux d'institutionnalisation.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
% annuel des décès en EMS par rapport au nombre de résidents	20	21	23	25	26	26	25
% décès en EMS par rapport au total des sorties	78	77	78	85	87	91	91

La proportion entre le nombre des décès et le nombre total des résidents. Cette proportion passe de 20% à 25% de 1994 à 2000.

La proportion entre le nombre des décès dans les EMS et celui des sorties. Cette proportion passe de 78 % à 91 % de 1994 à 2000³⁵.

De 1990 à 2000, le taux d'institutionnalisation (pourcentage des personnes âgées de 80 ans ou plus allant vivre dans un EMS) se situait entre 21% et 23.4%. Ce taux est en baisse depuis 1998 (23,2 % en 1998, 22,3 % en 1999 et 21,5 % en 2000).

³⁴ Nombre de lits au 30.11.2001 (taux de référence 21,9 %)

³⁵ En effet, les établissements semblent avoir une capacité de plus en plus grande à prendre en charge leurs résidents jusqu'à la fin de leur vie.

3.2.2 Planification hospitalière

La première planification hospitalière a porté sur la période 1997-2001. En 2001, il avait été prévu 322'000 journées d'hospitalisation pour les HUG. Ce sont 393'712 journées, soit 71'712 de plus (22%) qui ont été assurées. Pour le site de Belle-Idée, les 349'541 journées produites sont proches des journées prévues (349'000).

En résumé, si les efforts du secteur public ont montré une tendance favorable jusqu'en 2000, il apparaît ensuite une recrudescence des journées hospitalisations. Par ailleurs, le secteur privé s'est développé, chaque établissement obéissant à sa propre logique de croissance jusqu'à une phase de stabilisation en termes de journées d'hospitalisation.

Cette évolution a été décrite par les statistiques de l'OFS et à travers une enquête menée par la DGS auprès des établissements. Ses causes sont analysées au niveau des HUG.

La tendance générale et les comparaisons avec les autres cantons sont issues des données de l'Office fédéral de la statistique. Ces données montrent une réduction constante du nombre de journées d'hospitalisation depuis 1996 jusqu'en 1999 pour le secteur public seul obligé jusqu'alors à fournir ses chiffres. La comparaison avec l'année 2000 devient difficile, parce que pour cette année les données du secteur privé sont incluses³⁶.

Evolutions des hospitalisations de toutes catégories à Genève (1996-2000) et en Suisse (2000)

Hospitalisations à Genève 1995-2000 et en Suisse	1996	1997	1998	1999	2000	Suisse 2000
Population résidente	400'399	400'860	403'022	408'350	413'800	7'258'500
Journées d'hospitalisation	829'964	816'375	811'104	799'846	923'134	14'079'243
Journées d'hospitalisation pour mille habitants	2'073	2'037	2'013	1'959	2'231	1'940
Equivalents-lits	2274	2237	2222	2191	2529	38'573
Equivalents-lits pour mille habitants	5.7	5.6	5.5	5.4	6.1	5.3
Nombre de lits	2'550	2'511	2'428	2'462	2'852	44'547
Lits pour mille habitants	6.4	6.3	6.0	6.0	6.9	6.1
Taux d'occupation (%)	89%	89%	92%	89%	89%	87%

³⁶ L'obligation de fournir les données de la part des institutions privées n'a été introduite qu'en 2000. Jusqu'en 1999 ne figurent que les données du secteur public. Ceci explique la grande différence entre 1999 et 2000.

En utilisant les mêmes sources, on constate que le nombre de cas d'hospitalisation pour mille habitants est de 160 à Genève, de 147 à Zürich et de 165 dans le canton de Vaud. Avec 2231 journées d'hospitalisation pour mille habitants, le canton de Genève se situe avant Zürich (1972) et Vaud (1874).

3.3 Choix en matière de planification hospitalière

La planification vise à trouver un équilibre efficient entre les besoins de soins et l'offre hospitalière. Plusieurs approches sont envisageables : les plus sommaires se basent sur l'estimation quantitative du besoin en lits, les plus recherchées visent à intégrer la dimension systémique du problème.

3.3.1 Les indicateurs

La planification doit pouvoir s'appuyer sur des indicateurs fiables, reproductibles, décrivant tant les structures, leur capacité d'hébergement, leurs activités et les flux qui s'établissent entre elles. En l'absence d'un véritable système d'information sanitaire cantonal, la compilation, la comparaison et l'analyse de ces données ne sont qu'à un stade préliminaire³⁷.

L'analyse et la comparaison des structures repose sur les indicateurs suivants :

- les journées d'hospitalisation sur une année³⁸;
- les équivalents-lits, calculés comme les journées d'hospitalisation divisées par 365 ; elles représentent l'occupation d'un lit en permanence (100 %) pendant un an³⁹;
- les entrées et les sorties de patients pendant l'année en cours ;
- la durée moyenne de séjour ;
- le taux d'occupation des lits ;
- le nombre de lits (lits planifiés des HUG (prévision en fonction de la charge de soins anticipée) ou déclarés par les prestataires de soins⁴⁰ ;
- la charge en soins pour chaque établissement ; cet indicateur est constitué du rapport entre les journées d'hospitalisation, respectivement le nombre de cas et les équivalents plein temps (EPT) du personnel soignant (selon les catégories OFAS)⁴¹.

³⁷ La DGS a instauré en 2001 un système de recueil des données auprès des prestataires de soins hospitaliers. Il porte sur les années 2000 et 2001 et devrait compléter utilement les données fournies par l'Office fédéral de la statistique.

³⁸ Les journées d'hospitalisation reflètent à la fois l'incidence d'un problème de santé et la durée de séjour qui dépend de la performance de la prise en charge hospitalière.

³⁹ Cet indicateur s'avère utile pour comparer des structures entre elles. Il donne une approximation de la capacité d'hébergement moyenne de la structure, indépendamment des fluctuations.

⁴⁰ Les chiffres déclarés sont dans certains cas soumis à des fluctuations et à des divergences. Des facteurs liés à la gestion ou à des variations saisonnières influent sur le nombre de lits.

⁴¹ Cet indicateur permet de situer le prestataire dans un gradient allant des établissements à forte charge en soins (par exemple avec unité de soins intensifs) à ceux ne prodiguant que des soins de réadaptation, des suites de traitement ou de convalescence.

Coûts de la santé et charge en soins

Les coûts sont influencés par la charge en soins. Il fallait un indicateur pour caractériser la production de journées hospitalières en fonction de la charge en soins fournie. Cet indicateur ne tient compte que de l'hospitalisation et ne prend pas en compte la semi-hospitalisation. Les données Statsanté 2000 de l'Office fédéral de la statistique indiquent que le personnel du secteur de soins représente à lui seul le 38% du personnel hospitalier. Son poids est prépondérant, tant en terme d'effectif qu'économique. Près du 80% des budgets/coûts du système de soins représentent des "salaires" et donc près de la moitié de ces 80% sont des coûts liés au personnel de soins.

Cet indicateur permet de décrire les caractéristiques d'un établissement en fonction des charges en personnel de soin. Plus l'indicateur est bas, plus la charge en soin par EPT est élevée. On comprend qu'au niveau d'une unité de soins intensifs, il faudra plus de personnel pour une hospitalisation que dans un établissement de convalescence.

L'indicateur de charge en soins montre que les établissements genevois ont la plus forte charge en soins des cantons suisses

Nom	Cas d'hosp	Journée d'hosp	EPT soignant	EPT autres	Jhosp/EPT Soignant	Jhosp/EPT Totaux	Moyenne de séjour
Suisse	1'102'116	14'079'243	43'479	24'304	324	208	13
VD	103'292	1'171'376	4'532	2'438	258	168	11
ZH	180'098	2'421'494	8'581	5'187	282	176	13
BS	51'066	816'894	1'415	692	577	388	16
GE	66'103	923'134	3'847	1'670	240	167	14

Source OFS 2000

Comparaison de la charge en soins entre cantons

Cet indicateur a été utilisé pour décrire la charge en soins des établissements publics et privés.

Comparaison de la charge en soins entre établissements hospitaliers ⁴²

Nom	Jhosp/EPT Totaux 2000	Durée moyenne de séjour 2000	Jhosp/EPT Totaux 2001	Durée moyenne de séjour 2001
Clinique 1	21	2	37	2
Clinique 2	34	2	43	3
Clinique 3	57	4	51	4
Clinique 4	84	5	88	4
Clinique 5	114	6	113	7
HC	120	10	116	10
Clinique 6	189	6	173	6
Clinique 7	201	5	175	6
Clinique 8	189	7	179	7
Psychiatrie	189	31	191	32
Clinique 9	286	31	269	42
Geriatric	266	39	288	24
Loex	315	214	317	192
Montana	625	21	559	21
Jolimont	603	21	590	20
Total GE	165	14	160	14

Source : selon les données fournies à la Direction générale de la santé d'avril 2002

Nous constatons que les établissements se répartissent en trois catégories :

I : indicateur Jhosp/EPT < 201, correspondant à de fortes charges de soins (lits aigus) allant de la clinique spécialisée à faible durée de séjour au service de soins en psychiatrie comprenant des urgences et des soins de longue durée

II : indicateur Jhosp/EPT 202-400, correspondant à des charges de soins intermédiaires (gériatrie, clinique de réadaptation)

III : indicateur Jhosp/EPT > 400, correspondant à de faibles charges de soins (établissements de convalescence)

⁴² La durée moyenne de séjour est calculée sur la base des hospitalisations et des cas d'hospitalisation sans les semi-hospitalisations

3.3.2 Estimation du besoin en lits hospitaliers

La Conférence des directeurs d'affaires sanitaires (CDS) a recommandé en 1997⁴³ de calculer les besoins en matière d'hospitalisation en utilisant une approche analytique ou une approche normative.

Approche analytique

La prise en compte du bassin de population desservie, du taux d'hospitalisation, du taux d'occupation des lits et de la durée moyenne des séjours permet d'estimer le besoin en lits d'une population en appliquant la formule de Hill-Burton (cf. ci-dessous). Une des limites de l'application de cette formule vient du fait que l'estimation du taux d'hospitalisation⁴⁴ se base sur les entrées des périodes précédentes. Or, ces entrées sont également influencées par l'étendue de l'offre en lits. Une mesure absolue du taux d'hospitalisation est difficile puisqu'il n'est pas indépendant de la nature de l'offre hospitalière et de son accessibilité.

Formule du besoin en lits

de Hill-Burton :

$RE \cdot H \cdot DS$

$$B = \frac{\quad}{365 \cdot OL}$$

Avec les variables : B=Besoin en lits, RE=Population desservie divisée par 1000, H=Hospitalisations pour mille habitants, OL=Occupation moyenne des lits, DS=Durée moyenne de séjour

Un exemple de calcul sur la base des chiffres de l'hôpital cantonal a été réalisé. Cet établissement est le plus gros pourvoyeur de soins de type somatiques aigus pour lequel l'utilisation des variables soient cohérentes. L'application de cette formule à l'ensemble des lits du canton constituerait une extrapolation douteuse de la réalité ; les durées de séjours varient entre les établissements, comme les taux d'occupation. Il aurait fallu pondérer ces variables pour aboutir à un chiffre dont la fiabilité serait discutable.

⁴³ Recommandation de la CDS du 12 mars 1997

⁴⁴ Indépendamment des statistiques hospitalières, l'enquête suisse sur la santé 1997 a montré sur un échantillon de la population genevoise de plus de 15 ans un total de 36'200 patients générant 460'000 journées d'hospitalisation pendant 12 mois et donc un nombre de journées par patient de 12.7. Cette mesure ne distingue pas les hospitalisations publiques des privées ou des extra-cantoniales. L'incertitude de l'échantillonnage conduit à traiter avec prudence toute projection basée sur ces chiffres.

Calcul du besoin en lits pour l'hôpital cantonal

L'application de cette formule au niveau du site de l'hôpital cantonal montre un besoin de 958 lits. Ce chiffre est calculé avec une durée moyenne de 8.6 jours, un taux d'occupation de 92 % et un bassin de desserte de 430'000 habitants⁴⁵.

Pour un taux d'occupation de 85 %, le besoin en lit serait de 1037. La diminution à 8 jours de la durée moyenne de séjour fixerait le besoin en lits à 891. On constate que la durée moyenne de séjour est un levier puissant pour réduire les journées d'hospitalisation. Il est aussi probable que le gain pour diminuer cette durée tend vers une valeur limite qui n'est pas loin d'être atteinte pour un hôpital offrant tant des activités de formation universitaire qu'une fonction d'hôpital de référence pour l'ensemble du canton.

Si le taux d'hospitalisation reste fixe (87/1000 habitants), que la durée de séjour se stabilise à 8.5 jours et que le taux d'occupation reste à 92 %, alors le besoin en lits pour l'hôpital cantonal atteindrait 1013 lits pour la taille du bassin de desserte projetée en 2010 (460'000 ha).

Approche normative

Cette approche se base sur la comparaison des densités de lits entre cantons. Le Conseil fédéral a estimé qu'un critère de 3.5. lits pour mille habitants était adéquat dans un canton (SH), mais qu'il était trop élevé dans un autre (SG). Il a jugé que la valeur de 3.8 lits de soins aigus pour mille habitants était acceptable pour le canton de Genève.

De telles comparaisons ne sont valides qu'avec des structures de populations comparables en âge, en origine, tout en tenant compte des aspects géographiques particuliers. Genève occupe une position particulière, tant du point de vue démographique que géographique.

A Genève, la population desservie oscille entre 413'585 et 717'487. Pour un taux d'hospitalisation de référence de 87/1000 habitants, le bassin de desserte des HUG avoisine les 430'000 habitants⁴⁶.

En tenant compte de ces deux dénominateurs extrêmes, on peut calculer la densité de lits pour mille habitants pour plusieurs catégories.

⁴⁵ Le taux d'hospitalisation a été déterminé sur la base du nombre de patients hospitalisés en l'an 2000. On notera que la population desservie est la population résidente du canton. Il s'agit d'une sous-estimation dont la limite supérieure correspondrait au bassin franco-valdo-genevois, soit 717'487 résidents en 2000 (district de Nyon, Pays de Gex, Genevois haut-savoyard). La population desservie a été estimée à 430'000 habitants.

⁴⁶ L'estimation du bassin de desserte des HUG a pu se faire par extrapolation des patients provenant des zones extra-cantonales.

Densité de lits de toutes catégories

Au début 2001, le canton comptait 2948 lits, dont 2364 lits publics (HUG+Jolimont+Montana) et 584 lits privés (cliniques privés+Belmont⁴⁷). En tenant compte d'un bassin de desserte de 430'000 habitants, la densité de lits était de 6.9 lits pour mille habitants⁴⁸. Si l'on ne tient compte que des lits publics cette densité tombe à 5.5 lits pour mille habitants.

Densité de lits aigus

Avec 1171 lits aigus planifiés en 2001, la densité de lits somatiques aigus publics était de 2.7 lits pour mille habitants (comprise entre 1.6 et 2.8 en fonction des extrêmes).

A ce nombre venaient s'ajouter 564 lits aigus privés. Au total pour l'ensemble du canton il y avait 1735 lits aigus ce qui correspondait à une densité de 4 lits pour milles habitants, respectivement entre 2.4 et 4.2 en fonction des deux extrêmes.

Le Conseil fédéral a admis par analogie avec le canton de Bâle-Ville un taux maximal de 3.8 lits par millier d'habitants ; cette valeur correspond à 1572 lits somatiques aigus pour Genève. Avec cette norme, l'excédent de lits aigus pour le canton se situerait entre 101 et 163, selon la prise en compte de la population résidente de 413'585 habitants ou du bassin de desserte de 430'000 habitants.

Tableau : densité de lits pour mille habitants en 2001 en fonction du bassin de population

Bassin de desserte	Régional	estimé	résidents	Lits
Population desservie	717487	430'000	413'585	
Densité de lits	4.11	6.86	7.13	2948
Densité de lits publics	3.29	5.50	5.72	2364
Densité de lits aigus publics	1.63	2.72	2.83	1171
Densité de lits aigus	2.42	4.03	4.20	1735

L'approche normative basée sur le nombre de lits reste approximative. La nature du bassin de population pris en compte et le taux d'occupation des lits reflètent imparfaitement l'offre en soins hospitaliers.

⁴⁷ Au bénéfice d'une autorisation provisoire de 20 lits non aigus

⁴⁸ Sur la base du bassin de desserte de 430'000 habitants ; elle oscillerait entre 7.1 et 4.1 lits pour mille habitants, en prenant les deux dénominateurs extrêmes que sont la population du canton (413'585 habitants) et celle du bassin de desserte élargi (717'487 habitants).

3.4 Méthodes de planification

Les choix en matière de planification sont multiples et complexes. Plusieurs modes de planification ont été étudiés ou mis à l'épreuve, parfois concomitamment. Ils trouvent leur origine, pour certains jusque dans le passé :

3.4.1 La planification structurelle de l'offre

La suppression de structures existantes ou la ré-affectation de leurs missions sont à même de produire une réduction importante de la capacité hospitalière. Cette approche qui a conduit certains pays à des réductions massives du nombre d'hôpitaux, a engendré en Suisse de fortes résistances de la population (c'est l'exemple de la clinique de Montana dont la fermeture a été refusée lors d'une votation).

La planification par réduction linéaire de l'offre constitue une mesure efficace, mais peu différenciée, susceptible d'affaiblir des secteurs vulnérables du fonctionnement hospitalier. Dans ce même ordre d'idées, le recours à la clause du besoin ou au *numerus clausus* sont perçus comme des restrictions de liberté.

3.4.2 La réorganisation des processus intrahospitaliers

Il existe plusieurs moyens pour agir sur les journées d'hospitalisations. Une première catégorie vise à réduire le flux de journées d'hospitalisations par des mesures en amont de l'hospitalisation. L'autre approche consiste à agir au sein de l'hôpital pour augmenter l'efficacité des séjours. Il est évident par exemple qu'une réduction de la durée de séjour entraîne une réduction proportionnelle des journées. *La réorganisation des processus* est un instrument interne d'analyse et de décisions pouvant conduire à des changements importants du management de services.

A Genève, il existe plusieurs exemples de ce type :

- analyse de la durée des séjours en vue de les optimiser selon l'« Appropriateness Evaluation Protocol » et d'induire un changement des pratiques et une amélioration des processus⁴⁹.
- analyse de la régulation des flux de patients entre les différents services (Urgences - services spécialisés - services de réadaptation).
- un flux de patients en augmentation et une demande de lits supplémentaires pour la psychiatrie a conduit à une analyse de la situation et de ses causes avec des propositions de réorganisation dans la prise en charge du flux de patients psychiatriques.⁵⁰

⁴⁹ Une étude publiée en 1996 indique des taux de 15 % d'admissions inadéquates dans les services de médecine des HUG (Bolla F. et al., 7^{ème} Congrès de l'ALASS).

⁵⁰ cf. Résumé du rapport sur la psychiatrie adulte en annexe

3.4.3 La planification régionale

Les HUG jouent un rôle régional, tant avec le canton de Vaud qu'avec la France. Un protocole d'accord a été conclu avec les caisses primaires d'assurance maladie de Haute-Savoie et de l'Ain, au titre duquel les établissements hospitaliers français de ces deux régions peuvent transférer des patients en urgence vitale⁵¹ aux HUG.

La mise en application des accords bilatéraux aura une influence sur les pratiques d'hospitalisation avec les habitants de la région frontalière.

La tentative du RHUSO a conduit à des répartitions de compétences dans le domaine de la neurochirurgie, des soins aux grands brûlés et des transplantations, ainsi que dans la gestion des achats et l'ingénierie biomédicale.

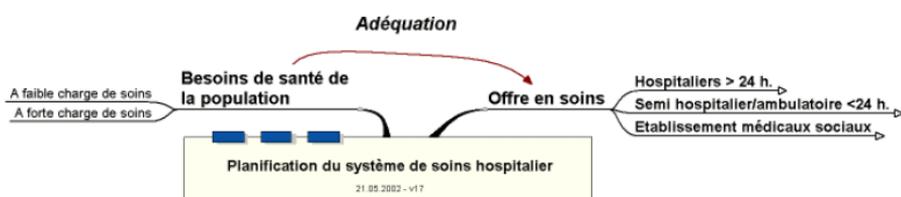
3.4.4 La planification à travers des contrats de prestations

La définition et la répartition de mandats de prestations entre plusieurs hôpitaux publics ne sont pas envisageables à Genève où chaque entité a déjà une spécificité. Par contre, une réflexion globale entre tous les prestataires, publics et privés, serait susceptible d'être explorée.

3.4.5 La planification systémique

Ce mode de planification prend en compte le système dans sa globalité. Ce choix, évoqué dans la première planification (1997-2001), guidera cette deuxième phase. Son cadre reste sous l'influence de facteurs externes comme l'évolution des lois et de la jurisprudence de la LAMal, les conséquences de la mise en application des accords bilatéraux et l'adoption des changements tarifaires (Tarmed).

Cette construction systémique est nécessairement dynamique. Son enjeu est de réaliser l'adéquation raisonnée entre la demande et l'offre de soins. En sachant que demande et offre sont soumises à des influences complexes.



⁵¹ Urgence vitale : il n'existe pas de structure de soins adaptée en France où le transfert vers un CHU français mettrait en péril la vie du patient.

L'offre de soins est modulée par des mesures quantitatives, comme le plafonnement de journées d'hospitalisation. Elle s'ajuste aussi aux développements technologiques (par expl. les nouvelles techniques de chirurgie ambulatoire) et aux changements d'organisation hospitalière et de pratiques médicales.

La demande de soins est tout aussi complexe. Elle est sous l'influence d'éléments objectifs comme la structure d'âge de la population ou la nature des problèmes de santé. D'autres facteurs de nature sociologique ou psychologique (perception de l'urgence ou de la gravité) conditionnent l'attente des patients et influencent la demande de soins. Des incitations positives (informations pour faire appel aux numéros d'urgence « 144 ») ou négatives (niveau de franchises de l'assurance maladie) agissent à ce niveau.

4 Commission de planification

Arrêté constituant la commission de planification du système de soins hospitaliers

vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, et notamment son article 39 lettres d et e;

vu la décision du Conseil Fédéral du 7 novembre 2001 suite au recours de la Fédération genevoise des assureurs-maladie contre le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève en matière de liste des hôpitaux admis par le canton de Genève à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins;

vu la nécessité de planifier une offre en lits de soins hospitaliers efficiente, à même d'accueillir les patients malades, accidentés, invalides, ainsi que les femmes enceintes ;

ARRÊTE

Article 1 Commission de planification du système de soins hospitaliers

Il est institué une commission de planification du système de soins hospitaliers.

Article 2 Mission

Cette commission a les missions suivantes :

- formuler des propositions sur la planification du système de soins 2002-2004 afin de répondre aux besoins de santé de la population, en tenant compte des exigences légales et des demandes du Conseil Fédéral, notamment pour définir l'enveloppe de journées d'hospitalisations des secteurs privés et publics, d'ici fin juin 2002;
- formuler des propositions en vue de l'adaptation permanente de l'offre hospitalière aux besoins de santé.

Sont nommés membres du groupe :

a) en qualité de président :

ROBERT Claude-François, 1959, médecin adjoint, Direction générale de la santé, av. de Beau Séjour 24, 1206 Genève

b) en qualité de membres :

1. BLANCHARD Nicole, 1963, direction générale de la santé, av. de Beau Séjour 24, 1206 Genève ;
2. De SENARCLENS Claude, 1944, association des médecins du canton de Genève, av. J-D. Maillard 3, 1217 Meyrin ;
3. DE VOS Pauline, 1958, secrétariat général du département de l'action sociale et de la santé, rue de l'Hôtel de Ville 14, 1205 Genève.
4. FROELICHER Nicolas, 1955, association des cliniques privés, av. J-D. Maillard 3, 1217 Meyrin ;
5. GRAF Anne-Marie, 1949, direction générale de l'action sociale, av. du Beau-Séjour 24, 1206 Genève ;

6. GRUSON Bernard, 1947, hôpitaux universitaires de Genève, rue Micheli-du-Crest 24, 1205 Genève ;
7. MANSEY Michel, 1954, fondation des services d'aide et de soins à domicile, av. Cardinal-Mermilloid 36, 1227, Carouge ;
8. MARZO Nicola, 1973, direction générale de la santé, av. de Beau Séjour 24, 1206 Genève.
9. MOERI Louis, 1960, santé suisse, ch. des Clochettes 12-14, 1211 Genève 25 ;
10. PERNEGER Thomas, 1959, faculté de médecine, rue Micheli-du-Crest 24, 1205 Genève ;
11. RIESEN Alain, 1947, représentant des patients, rue Fendt 11, 1201 Genève;
12. SCHALLER Philippe, 1954, expert, route de Loëx 3, 1213 Onex ;
13. ZIEGLER Bernard, expert, cours des Bastions 14, 1205 Genève ;

Article 4 Echéances

La commission produira un premier rapport d'ici le 15 juin 2002.

Des rapports réguliers seront établis et mis à disposition du secrétariat général du département jusqu'à la fin des activités de la commission prévue en juin 2004.

Les membres de la commission reçoivent des jetons de présence conformément au tarif applicable à la rémunération des membres des commissions officielles de l'Etat de Genève pour autant qu'ils ne subissent une perte de gain dans l'exercice à titre principal d'une activité indépendante.

Article 6 Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction générale de la santé. (Avenue de Beau-Séjour 24, 1206 Genève, tél. 022 839 98 30, fax 022 839 98 50).

Article 7 Secret de fonction

Les membres de la commission sont soumis aux dispositions de la loi concernant les membres des commissions officielles, du 24 septembre 1965 (A 2 20). Ils sont tenus au secret de fonction, conformément à l'article 320 du Code pénal suisse.

Pierre-François UNGER
Conseiller d'Etat

Diffusion : - Membres
- Mme M. Da Roxa
- Mme A. Mino

5 Réseaux de soins centrés sur la trajectoire de vie

5.1 Le travail en réseau

Lorsque l'on parle de réseau, on évoque l'ambitieux projet de coordonner l'ensemble des niveaux de soins et de services de santé offerts à une population. Il va de soi qu'une collaboration aussi large et englobante ne peut pas être dictée par une mesure administrative ou légale. Elle doit être le fruit d'un véritable consensus des acteurs du système autour d'une volonté commune de l'amélioration de la cohérence du système de santé et des services offerts aux patients.

La coordination dans le système de soins peut prendre plusieurs formes suivant le degré d'intégration des différents acteurs⁵². On parle de coordination séquentielle, de coordination réciproque et de coordination collective :

- La coordination séquentielle est celle qui consiste à faciliter les échanges entre prestataires de soins lorsque le patient rencontre ceux-ci successivement, on évoque ici l'exemple du partage d'informations médicales .
- On parle de coordination réciproque lorsque le patient est suivi simultanément par plusieurs acteurs et que ceux-ci prennent en compte les propositions et les indications de chacun. Cet échange d'information est cependant souvent relayé par le patient lui-même.
- Enfin, on qualifie de coordination collective celle qui naît du travail commun des professionnels de santé qui assurent conjointement la prise en charge des patients selon les modalités définies d'un commun accord. Selon Contrandriopoulos⁵³ et al, ce type de coordination est particulièrement indiqué pour gérer les problèmes chroniques, les états de fragilité physique, psychique et sociale ou la perte d'autonomie.

A l'échelle du canton de Genève, la coordination visée est bien entendu la coordination collective, à tout le moins pour ce qui concerne les prises en charges d'affections chroniques, de pathologies multiples ou des conditions affectant les personnes âgées en perte d'autonomie.

Il convient, cependant, de relever que les difficultés pour réaliser une telle coordination, la rendre effective et complète à l'échelle du système genevois de soins, sont légion. Ces difficultés contraindront les acteurs à une réalisation prudente et itérative des objectifs de mise en réseau et de coordination.

⁵² « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, n° 2, 2001, pp 38-52

⁵³ Ibid.

Pour répondre à ces difficultés et dans le but de faire bénéficier rapidement la population la plus exposée des améliorations attendues par la mise en réseau des services de soins et de santé, la commission de planification étudiera la réalisation d'expériences pilotes autour des problèmes de santé suivants :

- maladies chroniques (diabète, asthme, problèmes liés à l'alcool, affections cardiaques, affections cérébro-vasculaires, cancer, Sida-VIH),
- maladies chroniques dégénératives (sclérose en plaque, alzheimer, parkinson, ...)
- fragilité et perte d'autonomie,
- pathologies multiples.

Tous ces problèmes de santé nécessitent généralement l'intervention de multiples professionnels et le nombre de cas présentant ce type de profils est appelé à augmenter. Cette situation présente donc un impératif pour une organisation coordonnée et concertée de la prise en charge des besoins socio-sanitaires de la population touchée.

Mieux mettre à profit la complémentarité des expertises et des moyens dont disposent les HUG, les cliniques, les médecins de villes, les CASS, les services d'aide et de soins à domicile et les autres protagonistes du système genevois de soins, renforcer leur collaboration et bénéficier d'une implantation appropriée sur tout le territoire du canton prend alors tout son sens.

Pour prendre en considération les trajectoires de soins, le réseau de soins genevois, ou plutôt les sous-réseaux qui le composeront, devront être pensés selon trois dimensions :

- sanitaire quels sont les problèmes prioritaires de santé ?
- organisationnelle comment procéder au rapprochement des institutions ?
(public-privé, aigü-long terme, santé-social, somatique-
psychiatrique)
- géographique quelle est la proximité du patient adéquate ?

La réponse à ces trois questions permettra de développer des réseaux autour des problèmes de santé identifiés, en réunissant les institutions impliquées, à une échelle appropriée pour ce type de problème de santé. Pour chacun de ces (sous-)réseaux, mandats de prestations et des contrats de partenariat, basés sur les trajectoires de soins, pourraient être développés. Les termes de ces mandats pourraient inclure des accords sur :

- les soins prodigués (type de soins, type de structure, ...)
- la coordination des soins (trajectoire de soins, protocoles d'échanges d'information)
- les efforts de coordination des institutions (échanges d'information, de ressources, formation)
- la mise en place d'une fonction d'information et d'orientation du patient
- l'encouragement à la formation 'en réseau', à l'enseignement dans la communauté
- l'éducation et la responsabilisation du patient dans son cheminement

5.2 *L'orientation du patient*

Au cœur du fonctionnement du réseau réside une fonction d'information et d'orientation du patient.

A Genève, cette fonction doit impérativement être développée si l'on souhaite réaliser une coordination des intervenants, une collaboration dans les prises en charge et assurer une utilisation appropriée des ressources du système, selon le principe "le bon patient auprès du bon soignant au bon moment".

La fonction d'information peut-être assurée par plusieurs catégories de professionnels du secteur socio-sanitaire. On pensera par exemple aux assistants sociaux des CASS, aux infirmières des services d'aide et de soins à domicile, aux médecins de confiance ou tout autre intervenant socio-sanitaire de première ligne⁵⁴.

Cependant, la fonction d'orientation et de suivi du patient dans le réseau ou dans le système de soins devrait être le fait d'un personnel médical formé à cet effet et qui en assumera la responsabilité. On parle ici d'une fonction de type 'case-manager' telle qu'elle est connue dans de nombreux pays ou plus simplement dans les structures ayant adopté les préceptes du managed-care.

Aujourd'hui, cette activité est parfois assumée de façon informelle et non-rémunérée par les médecins de famille, les médecins de confiance ou autre médecin de premier recours. Cependant, les incitatifs financiers prévalents dans le système de soins, loin d'encourager une telle activité, auraient plutôt tendance à décourager ces vocations. Dans le modèle de financement des réseaux, par exemple par mandats de prestations et de contrats de partenariats, il conviendra de tenir compte de la nécessité de réformer la rémunération de ces services. Le financement de cette activité d'orientation et d'information pourra par exemple être basé sur un système de capitation au sein des (sous-)réseaux.

5.3 *Buts, organisation et bénéfices attendus du réseau*

On l'a vu précédemment, le travail en réseau a démontré de nombreux avantages pour les patients et pour le fonctionnement du système de santé.

Les buts que devra poursuivre le réseau genevois de soins et ses sous-réseaux sont donc

- échanger de l'information, des méthodes/savoir-faires et éventuellement des ressources
- développer les filières de soins
- inscrire les trajectoires de soins des patients dans le fonctionnement du système genevois de soins
- instaurer la collaboration des professionnels de la santé autour de la prise en charge des patients dans ces trajectoires de soins
- renforcer les soins de proximité et la prise en charge des trajectoires de soins, par une coopération plus étroite entre les institutions et les intervenants (hôpitaux de soins aigus, médecine de ville, médecins de confiance, aide et soins à domicile, CASS, EMS).

⁵⁴ L'expérience d'Alco-line, un service téléphonique d'information et d'orientation sur les problèmes liés à l'alcool peut être mentionné à titre d'exemple. Ce sont justement des professionnels des institutions spécialisées qui opèrent ce service à tour de rôle, donc en réduisant les coûts.

Ces éléments devront permettre d'accéder par étapes à

- l'intégration des soins, la coordination des pratiques cliniques et professionnelles entre les différents acteurs pour atteindre la continuité des soins et définir ensemble la prise en charge appropriée et adaptée,
- l'intégration des équipes cliniques à travers le réseau, constitution d'équipes pluridisciplinaires au sein des différentes institutions ou, mieux, au-delà des institutions, autour d'un problème prioritaire de santé ou d'une population cible,
- l'adaptation des incitatifs financiers, des échanges d'information et des méthodes de gestion du système de soins genevois,
- le développement de l'intégration de tous les acteurs du système de soins.

Les bénéfices principaux attendus du travail en réseau sont

- une meilleure collaboration autour du patient permettant
 - o le partage d'information entre les différents intervenants
 - o la définition de protocoles de prises en charges par 'trajectoire de soins'
 - o la réduction du nombre de prestations redondantes
 - o la diminution du nombre de journées inappropriées
 - o la diminution du nombre de recours aux services d'urgence
 - o l'amélioration ou le maintien de la qualité des soins
 - o une amélioration de la satisfaction des patients
- une allocation des moyens qui s'articule autour des trajectoires de soins avec pour conséquences
 - o une meilleure visibilité des flux financiers dans le système
 - o la possibilité de financer des résultats plutôt que actes
 - o le développement d'incitatifs propres à favoriser le rôle central du patient dans le système
 - o un contrôle renforcé sur les facteurs de hausse des coûts de la santé (facteurs démographiques, épidémiologiques, technologiques ou comportementaux)

Enfin, il est à noter que le fonctionnement en réseau pourrait bien déboucher sur la nécessité d'envisager une réallocation des ressources (financières et humaines) dans le système ainsi qu'une réflexion sur l'attribution des lits aux différentes institutions qui offre des soins stationnaires.

5.4 Applications possibles dans le système de soins genevois

A terme, le travail en réseau ne devra pas se limiter au territoire politique de Genève mais s'étendre à la notion géographique de « bassin de population ayant recours au système genevois de soins et de santé ». Au-delà des frontières cantonales et nationales, il conviendra d'instaurer des collaborations régionales en matière de coordination des filières de soins et de gestion des équipements de pointe.

Pourtant, pour Genève et pour aujourd'hui, les éléments décrits précédemment pourraient se traduire par la réalisation concrète de réseaux pilotes autour d'une pathologie, d'un groupe de soignants, d'une corporation ou d'une région, d'un quartier. Des projets, proposés par la commission de planification, pourront s'articuler autour des trois axes souvent utilisés pour décrire les niveaux d'intégration des réseaux de soins :

- **Intégration fonctionnelle** : intégration des fonctions clefs du management, de la planification, des ressources humaines des systèmes d'informations (la logistique administrative)⁵⁵.
- **Intégration médicale**: Les médecins sont liés économiquement au réseau de soins, ils utilisent ses fonctionnalités et participent à la gestion du réseau. Ils se regroupent dans le but d'offrir un continuum de soins⁵⁶.
- **Intégration clinique**: Les processus de soins sont coordonnés dans le but d'optimiser le parcours du patient. Le parcours du patient est assuré par des "case manager".

En matière d'intégration clinique, la priorité semble se dégager pour une meilleure coordination des établissements⁵⁷.

Une expérience pilote

Dans la situation actuelle, la commission a commencé d'étudier le dispositif du Groupe Médical d'Onex qui depuis plusieurs années développe ses services autour d'une action concertée avec les différents acteurs socio-sanitaires du canton et de la Ville d'Onex en particulier. A titre d'exemple, des collaborations sont établies avec la mairie d'Onex, le service social d'Onex, la commission des EMS, les soins à domicile, les structures intermédiaires ou encore le centre de prévention et de promotion de la santé 'Onex Santé'.

La commission note donc que pour encourager le développement du fonctionnement en réseau, il serait pertinent de faire jouer un rôle de pionnier à des acteurs qui ont déjà pris en considération le besoin de fonctionner ensemble. Le site d'Onex paraît d'autant plus approprié qu'un modèle de type « managed-care » existe déjà et des

⁵⁵ La commission n'a aucune missions de management du réseau. En revanche, elle pourrait travailler à la mise en place d'une définition commune des données du système d'informations qui permettrait d'améliorer considérablement la qualité des données.

⁵⁶ L'élément qui pourrait se détacher est l'amélioration de la coordination de l'activité ambulatoire entre l'hôpital et la ville.

⁵⁷ L'utilisation des technologies de l'information et plus particulièrement le projet IRIS, pourrait faciliter cette collaboration. Par exemple : une bourse des lits vacants permettrait aux diverses institutions de favoriser la mobilité des patients entre des lits à forte charge de soins vers des lits de convalescence et de réadaptation. Les établissements hospitaliers publics et privés travaillent en réseau informel. Il y a certes quelques accords formalisés (lithotripsie Générale Beau lieu, Soins Intensifs La Tour) mais le plus souvent le réseau est tissé par une toile relationnelle entre médecins ayant souvent travaillé ensembles dans le passé. La collaboration pourrait s'intensifier en faisant une véritable sous-traitance entre prestataires hospitaliers et en se concertant lors d'installations de service d'une certaine importance.

collaborations sont déjà développées au niveau des différents prestataires de services sociaux et de soins de la commune d'Onex et des communes avoisinantes.

Etendre l'expérience : développer le réseau de soins gériatologiques

A l'image de nos voisins, ou des pays de l'OCDE en général, la Suisse voit sa population vieillir. Cette situation provoque sur le plan sanitaire l'émergence de nouveaux besoins et met particulièrement en lumière la nécessité de coordonner les actions des différents intervenants socio-sanitaires.

A cet égard, les expériences menées à l'étranger et la littérature nous indiquent que la grande majorité des personnes âgées, y compris celles qui souffrent d'affections limitantes ou handicapantes, souhaiteraient pouvoir rester dans leur foyer le plus longtemps possible⁵⁸. La nécessité de développer pour cette population des structures et des prestations adéquates supporte l'idée du développement d'un réseau de soins gériatologiques.

Les démonstrations de l'efficacité de la mise en place de « réseaux intégrés de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie » ne manquent pas. Que l'on se tourne vers le Québec⁵⁹, la France⁶⁰ ou l'Italie⁶¹, la plupart des exemples décrivent les bénéfices multiples de cette mise en réseau :

- amélioration et/ou maintien du statut fonctionnel du patient (autonomie),
- réduction du nombre d'admission en institution,
- réduction du recours aux services de soins aigus,
- décharge psychologique des proches du patient.

Les particularités des réseaux étudiés sont

- intégration des services sociaux et des services de soins
- renforcement du rôle du médecin de confiance et de soins primaires (promotion/prévention)
- fonctionnement selon un modèle de gestionnaire de cas
- développement d'une méthode d'évaluation des besoins gériatriques
- financement des activités par capitation, parfois à l'exception des soins tertiaires.

Ainsi, le travail en réseau semble être la forme la mieux adaptée pour la prise en charge des besoins des personnes âgées. Orienter les patients âgés, assurer la liaison entre les institutions, développer la collaboration avec les CASS et les soins à domicile et coordonner la gestion des possibilités d'accueil en EMS s'inscrirait parfaitement dans la logique de fonctionnement en réseau et constituerait une réponse appropriée aux besoins d'une population en croissance.

⁵⁸ « Options of people aged over 75 years on private and local authority residential care », AV Salvage, DA Jones, NJ Vetter, *Age Ageing*, 1989, 18, pp 380-386

⁵⁹ « L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) », Howard Bergman, et al., *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, n°2, 1997, pp 311-321

⁶⁰ « Les expérimentations de réseaux gériatologiques en milieu rural », Pierre Erbs, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA), présentation à l'Institute for international research, Paris, mai 1997.

⁶¹ « Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community », Roberto Bernabei, et al., *British Medical Journal*, 1998, 316, 1348-1351 (2 May)