

Date de dépôt : 29 avril 2011

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de M^{me} et MM. Patrick Saudan, Gabriel Barrillier, Michèle Ducret, Michel Ducret, Pierre Kunz et Jean-Marc Odier : Moins d'attente pour se faire opérer à l'hôpital !

Rapport de M^{me} Nathalie Fontanet

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé a examiné la motion : « Moins d'attente pour se faire opérer à l'hôpital ! » au cours des séances des 17 et 31 octobre 2008, 7 novembre 2008, 30 janvier, 6 et 27 février 2009 sous la présidence de M. Gilbert Catelain, puis de M^{me} Brigitte Schneider-Bidaux. Elle a bénéficié de l'appui précieux de M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat en charge du DES, de M^{me} Anne-Geneviève Bütikofer, directrice de la DGS, DES, de M. Carmelo Lagana, secrétaire adjoint DES, de M. Adrien Bron, directeur de cabinet DES, et de M^{me} Marie Chapuis, attachée aux affaires parlementaires, DES. Les procès-verbaux ont été tenus par M^{me} Nathalie Bessard que la rapporteur remercie pour la qualité de son travail.

1. Présentation de la motion par son auteur

En préambule, M. Saudan aimerait préciser que cette motion s'adresse à deux types de populations : d'une part les patients devant se faire opérer en urgence relative, comme par exemple une personne âgée s'étant cassé le col du fémur. Ce premier type de personne doit parfois attendre entre 24 et 48 heures pour se faire opérer. Ce délai augmente les complications. Ce problème est plus important aux HUG, car il s'agit non seulement d'un hôpital de proximité, mais aussi d'excellence. Les opérations d'urgence sont effectuées dans les blocs opératoires d'urgence et en fonction de l'urgence

vitale. Comme on ne meurt pas d'une fracture du col du fémur, cette opération est souvent repoussée. Et d'autre part les patients qui ont besoin d'une opération en électif. Par exemple, une patiente ayant une arthrose de la hanche qui l'invalide. Le délai d'attente pour un rendez-vous et se faire opérer est dans ce cas d'environ un an.

Il souligne que ces problèmes de délai sont admis par tout le monde. Cette motion a été déposée en novembre 2007. Quelques mois plus tard, un groupe de travail aux HUG s'est constitué pour traiter cette problématique et a fixé des objectifs (obtenir un rendez-vous dans un délai de six semaines et ne pas dépasser un délai de trois mois entre la consultation et l'opération).

M. Saudan rappelle les solutions mentionnées par ce groupe de travail à savoir : augmenter l'activité opératoire, obtenir une journée de consultation en plus et augmenter les horaires des blocs opératoires de l'électif. Il relève également la solution de la convention avec l'hôpital de Nyon qui permet d'y opérer des patients genevois dans le but de résorber la liste d'attente.

Il estime néanmoins que ces solutions ont des limites et précise qu'à l'heure actuelle, alors que la convention avec Nyon a été signée le 1^{er} juillet 2008, il n'y a eu que deux patients opérés et seize patients convoqués. Les patients seront opérés par des chirurgiens privés et non des chirurgiens des HUG comme prévu initialement. Pour les visites des familles aux patients, des problèmes risquent de se poser vu la distance. Néanmoins, cette solution est bonne.

Concernant les HUG, comme il s'agit d'un hôpital de formation avec une activité qui varie, il n'est pas possible d'être en surcapacité permanente. Il faudrait augmenter le nombre de salles d'opération et le nombre d'équipes, ce qui aurait un coût rédhibitoire.

M. Saudan souligne qu'à Genève, un réseau a déjà été créé au niveau des urgences et des soins intensifs. Genève est un cas particulier pour les cliniques privées. En effet, le taux de couverture de la population avec des assurances privées est le double de celui du reste de la Suisse. Ce phénomène est dû non seulement au bon niveau de vie du canton, mais aussi à la population de fonctionnaires internationaux et d'étrangers. Les cliniques privées ont donc peu d'intérêt à collaborer avec le public. Cependant, la période est propice pour discuter de ce problème avec les cliniques privées. Il y a eu, en effet, un arrêt du Tribunal fédéral des assurances qui dit que l'Etat doit subventionner les cliniques privées à hauteur de la subvention que l'Etat accorde aux établissements publics pour la part de l'assurance complémentaire. La situation est pour l'instant bloquée à Genève, car le département, en cas de financement des cliniques privées, veut avoir accès

aux comptes de ces cliniques privées, ce qui est légitime. Il faut néanmoins savoir que la tarification a changé, ce qui complique la situation, car pour les cliniques privées, les jours de convalescence sont peu intéressants.

M. Saudan rappelle les trois critiques principales qui ont été faites en plénière soit : qu'il était exclu de laisser l'acte de formation aux privés et de transférer les patients en public que pour une convalescence, que cette motion allait permettre d'engraisser les cliniques privées et les chirurgiens, et que les transferts seraient difficiles entre les établissements pendant la période aiguë.

A cet égard, il souligne que pour la catégorie de patients ayant un problème aigu, on ne peut envisager une collaboration avec les cliniques privées. qui n'implique que l'acte opératoire. En effet, ces dernières n'ont pas de problèmes financiers et elles ne rentreront donc pas en matière si les patients leur sont envoyés pour l'acte opératoire et également pour la convalescence. Le taux d'occupation des chambres des cliniques privées se situe aux alentours de 90%. Par contre, leur plateau technique n'est pas utilisé à 100%. Concernant les patients chroniques, il estime que ceux-ci pourraient bénéficier d'une convalescence dans des établissements des HUG de moyen séjour comme l'hôpital de gériatrie. Ces solutions ne seraient envisagées qu'en cas de dépassement des activités opératoires des HUG. Par rapport aux transferts, ceux-ci se feraient immédiatement après la période aiguë et ceux-ci sont pratiqués de manière courante entre les établissements. Enfin, pour les honoraires des chirurgiens, l'idée serait de créer un contrat basé sur le contrat établi par la SUVA et les caisses maladie en cas d'accident. Ce dernier permet à des patients accidentés de bénéficier d'une opération dans le secteur privé. Les chirurgiens qui viennent de s'installer dans le privé et qui ont souvent encore un lien avec les HUG pourraient être intéressés par ce genre de contrat, puisqu'ils n'ont pas encore beaucoup de patients. Il faut savoir d'ailleurs qu'en privé, les honoraires du chirurgien ne représentent que 10% de la facture globale.

M. Saudan insiste sur le fait que le but de cette motion n'est pas d'aider les chirurgiens et les cliniques privées à gagner davantage. Cette motion est un moyen de faire accepter aux cliniques privées d'assumer une mission de santé publique, comme cela a été le cas pour les urgences ou les soins intensifs.

Une députée verte souligne qu'il y a des délais d'attente importants pour les personnes qui ont un cancer du sein. Elle aimerait savoir si cette situation est connue et estime que si c'est bien le cas l'urgence vitale est présente. M. Saudan indique que l'hôpital a deux axes pour les délais d'attente prioritaires, soit l'orthopédie et la sénologie. Le but est de réduire, dans ces deux domaines, le délai d'attente à quatre semaines entre le diagnostic et

l'opération. La structure de la prise en charge pour le cancer du sein est très bonne aux HUG.

A une députée libérale qui constate que les chirurgiens qui ne font qu'opérer ont 30% de travail en moins en raison de l'ambulatoire et qui voudrait savoir si cette motion concerne également ce type de situation ; l'auteur rappelle que cette motion est basée uniquement sur sa pratique professionnelle. Si les patients qu'il traite pouvaient être pris en charge plus rapidement, de nombreux problèmes pourraient être évités. Dans le privé, ces patients sont opérés en trois jours, alors qu'ils doivent attendre trois mois dans le public. Il note que l'assistance opératoire doit être réalisée par des chirurgiens dans le privé.

Un député PDC aimerait savoir si, dans ce projet, il serait possible d'introduire l'idée de la formation. Il relève qu'on retrouverait néanmoins le problème des horaires définis par la loi. A son sens il est important de faire également un bilan des délais par type de chirurgie. Il y a aussi des problèmes de planification, par rapport à certaines techniques. L'auteur abonde dans ce sens.

A une question du président UDC, M. Saudan explique que la plupart des patients sont d'âge gériatrique. Beaucoup d'études ont montré que pour cette catégorie de personne, plus l'attente est longue, plus les patients sont touchés par des maladies connexes (dues par exemple au traitement contre la douleur).

2. Auditions

Audition de M. Bernard Gruson, directeur général des HUG

M. Gruson explique que dans la situation actuelle, il y a une augmentation des cas sur rendez-vous et des cas d'urgence différés. Il y a eu 517 entrées urgentes entre janvier et mars 2007 et 561 entrées pour la même période en 2008. Il y a 38% d'augmentation des consultations en chirurgie orthopédique entre 2005 et 2006. 80% des consultations sont suivies d'une opération. L'allongement des délais est dû au manque de personnel pour ouvrir les salles opératoires plus tard et offrir davantage de consultations. A fin août, les délais pour une consultation de prothèse totale de hanche (PDH) sont de 16 semaines et de 14 semaines pour une opération totale de la hanche (ce qui fait un total de 30 semaines). Les HUG ont décidé d'ouvrir une salle de traumatologie supplémentaire qui fonctionne sept jours sur sept. Les objectifs sont les suivants : réduire le délai d'attente à 6 semaines pour une consultation de PDH et à 3 mois pour l'opération. Il précise que le personnel

a été augmenté afin de pouvoir opérer quatre prothèses totales de hanche de plus par semaine. Une salle est ouverte jusqu'à 19h durant quatre jours par semaine. La coopération entre Vaud et Genève a été mise en place, afin d'augmenter les admissions extra cantonales.

A une députée verte qui aimerait connaître les délais d'attente pour les cancers du sein, M. Gruson répond qu'il y a une augmentation des interventions en sénologie (577 interventions en 2007 contre 362 en 2005). Il y a un allongement des délais en raison de la saturation des blocs opératoires. Le délai à fin août pour une consultation en sénologie était d'une semaine et celui pour une intervention de trois à quatre semaines. Il explique qu'afin de réduire ces délais, plusieurs mesures ont été prises. Le personnel a été augmenté, afin d'ajouter une vacation opératoire de huit heures par semaine en chirurgie pour les mastectomies avec reconstruction immédiate. Il y a eu un dégagement de plages opératoires en gynécologie, afin de pouvoir absorber toutes les interventions simples. L'objectif étant que le délai entre la consultation et l'intervention soit de deux à quatre semaines, selon le type d'intervention, et le délai entre le diagnostic et l'intervention de six semaines.

Une députée libérale aimerait savoir ce qu'il en est de la collaboration avec les cliniques privées dans le domaine de l'orthopédie. M. Gruson explique que les discussions sont en cours avec la Clinique la Colline. Il souhaiterait un même type de collaboration que celui mis en place avec le CHUV, avec des médecins des HUG qui aillent opérer dans les blocs des cliniques privées.

Le président UDC souhaite savoir, concernant la première invite, si l'objectif que l'hôpital s'est fixé prend en compte la collaboration possible avec le privé au sens de la convention signée le 1er juillet 2008. M. Gruson explique, comme dit précédemment, qu'une collaboration n'est possible qu'à condition que les médecins des HUG puissent opérer. Pour ce qui est de la deuxième invite, il explique qu'en cas d'urgence, les personnes doivent être opérées aux HUG.

Un député radical retient des propos de M. Gruson que l'attente hospitalière n'est pas due à un manque de moyens humains, mais à un manque de moyens matériels. Cela l'étonne énormément. Il avait l'impression que le blocage se situait au niveau du nombre de médecins. M. Gruson rappelle que selon lui le fait que les patients viennent aux HUG signifie qu'ils souhaitent que les médecins des HUG les opèrent. Il faut donc leur offrir cette possibilité. Celle de se faire opérer dans le privé est laissée à leur libre choix. Le même député radical insiste sur le fait que selon lui il ne s'agit pas d'un choix, en tous les cas pour les arthroscopies du genou, mais bien d'une question d'assurance.

A un député PDC qui s'interroge sur la résistance du corps médical à accepter que les opérations aient lieu dans le privé, M. Gruson précise qu'il pense simplement que le corps médical n'aime pas l'idée de transférer ses patients dans un autre lieu.

Audition de MM. Hugues Jordan, directeur de la Clinique la Colline et Philippe Cassegrain, président de l'Association des cliniques genevoises

M. Cassegrain explique que l'Association des cliniques genevoises est composée de huit membres (La clinique de la Tour, la clinique Beaulieu, la clinique la Colline, la clinique des Grangettes, la clinique Vert-Pré, la clinique de la Plaine, la clinique de Carouge et la clinique Belmont). L'Association est un employeur important du canton, puisqu'il a employé près de 2'000 collaborateurs en 2007 sur le canton de Genève. Cette association constitue également une couverture dans le domaine de l'offre médicale. Il rappelle à cet égard qu'une grande partie de ces cliniques sont généralistes et offrent de nombreuses possibilités thérapeutiques. L'association des cliniques privées de Genève s'est penchée sur cette motion et en a débattu. Sa position est très claire. Historiquement, l'association n'a jamais signé de convention pour le compte de ses membres avec une partie tierce. Genève-clinique est néanmoins sensible à cette problématique et a pris ses responsabilités. Il précise que le rôle de l'Association n'est pas de se substituer à ses membres. Par contre, elle leur a laissé l'entière liberté d'entrer individuellement en matière sur la question. L'association croit à la complémentarité entre le public et le privé. Certains éléments de la motion sont très importants, tels que le TARMED ou la convention avec la SUVA. M. Cassegrain souligne que les cliniques privées ne sont pas à la recherche permanente du profit et du surprofit. Les conventions SUVA, par exemple, ne couvrent pas l'entier des coûts. Il s'agit d'un forfait partiel qui couvre l'hospitalisation du patient en dehors des honoraires médicaux. A son avis, quelques problèmes pourraient éventuellement se poser concernant la mise en pratique d'une nouvelle voie, telle que celle proposée par la motion. Premièrement, l'aspect financier se posera et risque d'être problématique. Il faudrait savoir à quel prix ces prestations pourraient être achetées ou vendues. La plupart des membres sont prêts à collaborer, mais pas à n'importe quel prix. Deuxièmement, il y a un problème technique. Par exemple, la convention SUVA ne prend pas en compte les honoraires des médecins. Et troisièmement, l'aspect juridique est délicat. Il serait nécessaire de définir exactement ce qu'est un mandat de prestation et préciser ce que cela signifie pour les cliniques en termes de supervision, de contrôle et de relation avec l'autorité cantonale.

M. Jordan indique, en sa qualité d'entrepreneur, qu'il est préoccupé par trois points, bien qu'il soit plutôt favorable sur le principe. Il s'interroge premièrement quant à la mission de soigner et de réparer, deuxièmement quant à l'exploitation et troisièmement par rapport au financement. Pour ce qui est du deuxième point, il sera certainement possible de prévoir des conventions entre médecins et cliniques afin de trouver une solution quant à l'exploitation. La question financière est la plus difficile à résoudre. La répartition financière devrait se situer entre le tarif privé et public. Il précise que la Clinique la Colline est en train de construire un immeuble de polyclinique dans lequel il y aura une structure de base, avec un centre d'urgence de chirurgie et de médecine de base. Il sera mis à la disposition de l'assurance accidents de base et pour les urgences de base.

A une députée verte qui aimerait savoir si les cliniques seraient favorables à ce que les médecins des HUG viennent opérer chez elles et qui se demande concernant les investissements, ce qui est concrètement différent entre les cliniques privées et l'hôpital cantonal, M. Jordan répond que pour ce qui est des médecins, les cliniques sont ouvertes à cette possibilité. Cela devrait évidemment faire l'objet d'un contrat. Quant au financement des équipements, il rappelle que le subventionnement n'est pas le même dans le privé et dans le public. La prestation hôtelière ou de chambre, dans la nouvelle structure en construction, ne sera pas la même que celle de la Clinique la Colline SA.

M. Cassegrain explique que les médecins du privé sont les partenaires privilégiés des cliniques privées. Ces dernières n'iront donc pas à l'encontre de l'avis des médecins. Une concertation sera nécessaire.

Un député libéral constate qu'un chirurgien ne peut pas travailler sans équipe opératoire et inversement, et qu'une équipe et un chirurgien sans salle ne peuvent pas non plus travailler. Il estime que les causes des listes d'attente sont donc multiples (manque de salles, manque de chirurgiens, manque d'équipe) et aimerait savoir, du point de vue des cliniques privées, ce qui paraît possible en termes de collaboration avec l'hôpital. Il se demande où se trouve la rareté ou l'abondance. M. Cassegrain indique que le taux d'occupation dans les cliniques privées est de l'ordre de 75%. Il s'agit d'un chiffre moyen annuel. Il précise qu'il existe donc encore des capacités permettant aux établissements privés d'absorber une activité supplémentaire moyennant une organisation. Les médecins du privé seraient à même, sous réserve de discussion avec eux, de prendre en charge des cas supplémentaires. D'une façon générale, il y a des périodes où les cliniques pourraient avoir davantage de lits. Dans certaines périodes, il serait néanmoins difficile de prendre en charge des patients supplémentaires.

A un député PDC qui souhaite obtenir des informations supplémentaires concernant le nouveau bâtiment de la Clinique la Colline, M. Jordan indique que la décision a été prise, il y a trois ans, de construire une polyclinique ouverte à l'assurance de base. Ce centre est totalement indépendant de la Clinique la Colline. Il doit encore faire l'objet de certaines conventions. La prise en charge sera totale. Le critère de l'urgence ne sera pas forcément le critère de base.

A une députée verte qui aimerait savoir si des chiffres peuvent déjà être avancés quant à la prise en charge et aux tarifs de ce nouveau centre, M. Jordan indique que les tarifs seront ceux de l'assurance de base pour les traitements ambulatoires et l'urgence. Il ajoute qu'il y aura une salle d'opération indépendante de celle de la clinique privée.

A la même députée verte qui aimerait également savoir s'il est possible d'évaluer le montant que l'Etat devrait investir pour que les cliniques puissent entrer dans leur frais en ce qui concerne les prothèses totales de hanches, M. Jordan répond que les cliniques fonctionnent à 80% et qu'il y a donc une marge libre de 20%. Selon lui, il n'est pas possible de travailler en-dessous d'un prix de revient. Il faudra trouver un tarif intermédiaire entre celui de l'assurance de base et celui de l'assurance complémentaire. L'accord des médecins sera évidemment nécessaire.

M. Unger tient à rappeler que le nouveau financement hospitalier, tel qu'il a été admis par les Chambres fédérales, autorisera et obligera les cantons à verser une part cantonale d'hospitalisation aux établissements privés conventionnés, moyennant un contrat de prestations. Ces contrats de prestations prendront la forme d'une loi. Il relève que dans la motion, il est proposé que des personnes soient opérées dans les cliniques privées et que leur convalescence se déroule dans un hôpital universitaire de médecine de pointe. Il aimerait savoir si le contraire intéresserait, le cas échéant, les cliniques privées. M. Cassegrain répond par la négative tout en précisant que sa réponse n'est pas uniquement due à des questions financières, mais surtout parce que les cliniques manquent souvent de lits.

Audition du professeur Pierre Hoffmeyer, médecin-chef, service d'orthopédie des HUG

Le professeur Hoffmeyer explique d'emblée que dans les services de chirurgie orthopédique, 40 000 consultations sont assurées chaque année par 47 médecins. Il y a environ 5000 opérations par année. La demande a pratiquement doublé depuis 1996. Environ deux fois plus de personnes souffrent de l'appareil moteur par rapport aux années 1980. Lorsqu'il était

interne, entre 10 et 15 patients se présentaient chaque début de semaine. Aujourd'hui, ce nombre est de l'ordre de 35 à 40 patients. Il faut savoir que la moitié des patients opérés ne sont pas annoncés, puisqu'ils arrivent en urgence. Il arrive qu'en hiver, des patients soient refusés.

Il estime que cette augmentation est due au vieillissement de la population et au fait que des personnes d'un certain âge continuent à avoir des activités sportives. La chirurgie orthopédique est victime de son succès. Il est évident que les opérations faites aujourd'hui sont beaucoup plus efficaces qu'auparavant et ont aussi une efficacité plus longue. Des moyens sont nécessaires pour pouvoir suivre cette évolution. Ces derniers ont passablement augmenté. En ce qui concerne les salles d'opération, il n'y a pas de problème.

Il précise que la construction de six blocs opératoires est prévue pour 2012. Ils sont très grands, ce qui permet d'accueillir tout le matériel de pointe nécessaire. La médecine à deux vitesses ne s'applique pas à la population genevoise dans ce domaine. Ce qui pose problème, ce n'est pas le nombre de salles, mais le personnel nécessaire par rapport à ces salles. Il souligne que l'année prochaine, quatre personnes seront engagées. Ces dernières l'ont été en réalité pour respecter la loi sur le travail et diminuer les heures supplémentaires. Deux pistes ont été suivies par l'hôpital pour les délais d'attente. Il s'agit tout d'abord de la solution de Nyon, qui fonctionne déjà et a servi à 18 patients, qui ne se trouvaient cependant pas sur liste d'attente.

Il ajoute qu'ensuite, il sera certainement possible d'ouvrir une salle début janvier avec le personnel correspondant (un chef de clinique a pu être engagé). Grâce à cette deuxième solution, il serait possible d'augmenter la pratique prothétique de 20%. A ce jour, 788 prothèses de hanche et de genou ont été faites pour l'année 2008. L'année passée, le bilan était de 800 au 31 décembre. Le nombre de lits n'est pas limitatif. La durée moyenne de séjour entre 1996 et aujourd'hui a pratiquement été divisée par deux. La durée d'hospitalisation moyenne est de cinq jours. Le problème se situe vraiment au niveau du personnel.

Il explique qu'en ce qui concerne la traumatologie, une salle d'opération est dédiée aux fractures. Il est ainsi possible d'opérer rapidement les gens, y compris les samedis et dimanches. Le temps d'attente a énormément diminué grâce à cette mesure. Il y a évidemment des week-ends où l'affluence est plus importante et donc le temps d'attente l'est également. En ce qui concerne l'électif, il souligne que les patients souhaitent se faire opérer entre le 15 septembre et le 1er décembre. En général, ils refusent de se faire opérer à Noël ou en plein mois de juillet. Il souligne que ce phénomène contribue également à allonger les délais d'attente. Pour les prothèses totales de

hanche, la durée moyenne est de seize semaines pour une consultation et de seize semaines pour une opération. L'objectif est de faire diminuer ce délai à 6-8 semaines pour la consultation et pour l'opération, de manière à pouvoir opérer quelqu'un dans les trois ou quatre mois. Il note que l'urgence n'est pas absolue en orthopédie. La plupart du temps, il est possible d'attendre. L'idée d'opérer les gens ailleurs et d'être ensuite ramenés aux HUG lui paraît aberrante.

A un député socialiste qui se demande concernant le manque en personnel s'il s'agit de l'équipe en général ou uniquement des chirurgiens, le professeur Hoffmeyer répond que c'est l'équipe entière qui manque.

Le même député socialiste aimerait des explications supplémentaires sur la nouvelle organisation. Le professeur Hoffmeyer indique qu'il s'agit du nouveau bloc opératoire qui sera ouvert en janvier. Dix postes sont prévus à cet effet.

A la question d'un député libéral qui se demande s'il est exact qu'un médecin qui va opérer en privé n'est plus «à jour», après quelques années, le professeur Hoffmeyer répond qu'en chirurgie, on est très vite dépassé. Un chef de clinique qui travaille aux HUG en traumatologie réalise 98% des fractures du col du fémur qui sont opérées à l'hôpital. Chacun a donc une pratique routinière. Ces techniques sont devenues très compliquées.

Une députée verte aimerait savoir si les nouveaux médecins engagés dans le nouveau bloc l'ont été pour compenser les heures supplémentaires des autres médecins. Le professeur Hoffmeyer explique que les chefs de clinique qui sont des opérateurs sont difficiles à trouver. Il faut entre sept et dix ans d'expérience avant d'être opérateur. Les HUG en ont néanmoins engagés. Il ajoute que les jeunes (internes) sont soumis à la loi sur le travail et il est donc très difficile de former correctement ces personnes en respectant la loi.

A la question d'une autre députée verte ; Le professeur Hoffmeyer répond que dans la semaine, il y a certains jours où le travail est plus important que d'autres. Certaines salles sont donc moins occupées. C'est ce type de salles qui sera utilisé. L'idée est de mieux utiliser les créneaux qui existent.

Un député PDC relève que le nouveau plan financier mis en place sur le plan fédéral pourrait aboutir à un partage des enveloppes. Il se demande si, en contrepartie, il pourra y avoir des possibilités de collaboration différente. Il aimerait donc savoir s'il serait possible d'introduire des principes de collaboration, d'expertise et de formation dans un avenir proche. Le professeur Hoffmeyer rappelle que des collaborations existent déjà. Depuis le rachat des bains de Cressy, les HUG collaborent étroitement avec eux. Certains consultants privés viennent travailler périodiquement dans cette

clinique. Le seul problème est que si des chirurgiens du privé viennent opérer des patients aux HUG, ils ne pourront pas en assurer le suivi.

Audition du Docteur Pierre-Alain Courvoisier, président de l'association des orthopédistes genevois

Le docteur Courvoisier estime que la phrase « *tout report d'une opération en urgence augmente sensiblement la mortalité de patients* » doit être supprimée. Il est possible de dire que les trois jours d'hospitalisation avant une opération sont inutiles. Concernant la convention tarifaire relative à l'assurance-accidents, il précise qu'il s'agit uniquement de l'assurance-accidents LAA, soit uniquement pour les personnes qui travaillent. Il est vrai que dans le cadre de la LAA, il y a une convention entre les assureurs, sous l'égide de la SUVA, les cliniques privées et les chirurgiens indépendants. L'assureur paye un forfait à la clinique.

Il relève que dans la motion il est question d'opérer les patients en clinique et d'assurer le suivi postopératoire à l'hôpital. Il n'est toutefois pas certain que le problème se trouve dans les blocs opératoires. Il y a sûrement aussi un problème de lits aux HUG. Néanmoins, il voit mal comment il est possible d'opérer une personne en clinique et de la transférer 48h plus tard à l'hôpital.

Pour ce qui est du fond de la motion, il estime qu'une collaboration entre le privé et le public serait plus qu'opportune. Le problème dans le canton de Genève est qu'il n'y a qu'un seul hôpital universitaire. Dans le canton de Vaud, il y a non seulement le CHUV, mais aussi l'hôpital de Morges, de Payerne, du Chablais, etc. Il est ainsi possible de prendre en charge les patients de manière plus simple.

A un député libéral qui aimerait savoir s'il est possible de faire une différence nette entre le monde de l'accident (SUVA) et le monde de la maladie et qui, si tel est le cas, se demande si la collaboration dans le cadre de la SUVA est plus ouverte, en regard de celle qui pourrait être établie pour la LaMal, le docteur Courvoisier répond que la convention Finn est en place depuis janvier 2007. Cette convention est nationale. La différence en chiffres est très importante. Le forfait journalier est de 1350 F. Le chirurgien et l'anesthésiste sont payés à part. L'assurance de base ne paye qu'un forfait de 635 F par jour.

Un député socialiste rappelle que le professeur Hoffmeyer a expliqué que le problème se situe au niveau du personnel et non des lits et qu'il a de plus ajouté que la solution de la motion, prônant une opération des patients en clinique et un transfert à l'hôpital serait désastreuse. Il se demande donc si la

meilleure solution ne serait pas que les médecins privés viennent opérer à l'hôpital. Le docteur Courvoisier estime que cette solution serait très compliquée du point de vue de l'organisation. Pour prendre part à une opération à l'hôpital, il faut bloquer une journée entière, car le programme opératoire du lendemain n'est déterminé que la veille à 17h. L'idée n'est en soit pas impossible à réaliser, mais une organisation différente devrait être mise en place.

A une question du président UDC qui s'interroge sur le suivi des patients eu égard à l'invite suivante de la motion « *les patients avec une affection nécessitant en urgence une intervention chirurgicale puissent, si l'intervention ne peut se réaliser dans les 48 heures aux HUG, se faire envoyer et opérer en clinique privée avant d'être retransférés à nouveau aux HUG* », le docteur Courvoisier répond que cette invite pose un problème de responsabilité civile et qu'au niveau du rapport avec le malade, c'est également problématique, car il aime pouvoir suivre son patient du début à la fin.

Le docteur Courvoisier ajoute concernant la seconde invite de la motion qu'il est possible de prendre des patients en charge. Par contre, sur le plan humain, la question du transfert aux HUG est discutable. Pour les urgences, cela est plus facile, puisqu'en théorie, si les patients arrivent aux HUG, ils ont l'obligation de trouver un lit. Il est possible de savoir assez rapidement quel est le taux d'occupation de la salle d'opération d'urgence. Le transfert en clinique est possible. En urgence, les patients ne sont pas forcément opérés par le médecin de leur choix et ne sont pas non plus forcément suivis par le médecin qui a réalisé l'opération du fait du système des gardes. Le transfert ne poserait donc pas un problème dans ce cas.

A une députée verte qui se demande si les HUG s'organiseraient différemment, s'il était possible que les médecins privés viennent opérer à l'hôpital, le docteur Courvoisier répond par l'affirmative. Il souligne qu'un certain nombre de médecins au sein de l'association regrettent d'avoir quitté totalement le service public.

M. Unger aimerait savoir combien de médecins orthopédistes restent consultants, du fait de leur spécialité particulière, par exemple. docteur Courvoisier répond qu'à sa connaissance, ils n'ont pas d'activité chirurgicale. Ils assurent la formation et les consultations.

Audition du docteur Milan M. Vuckovic, administrateur et du docteur Pierre Chastoney, directeur de MV Santé, Clinique Champel SA

M. Vuckovic explique que le groupe MV Santé s'est spécialisé dans la chirurgie ambulatoire facturée selon le Tarmed et donc remboursée. Ce centre s'adresse par conséquent à toute la population. Il existe aussi un établissement à Lausanne et à Sion. En 2004, la Clinique de Champel Elysée a été reprise par le MV Santé. A l'époque, cette clinique était d'ailleurs déjà spécialisée dans la chirurgie ambulatoire. Il indique qu'en 2004, 1500 interventions ont été réalisées dans le centre de Genève. Ce chiffre a atteint 4000 les années suivantes.

Il précise que la notion de chirurgie ambulatoire signifie que des médecins établis en cabinets viennent opérer dans la clinique en fonction de leur spécialité (chirurgie de la veine, proctologie, ORL, ophtalmologie, chirurgie du pied, de la main, etc.). Le patient vient le matin et repart le soir. En 2008, il y a eu 11 000 interventions au sein de MV Santé. Le centre compte, comme clients, 80 médecins établis en cabinets et une institution hospitalière (CHUV). Actuellement, la collaboration avec le CHUV est sur la voie d'une intensification.

A un député radical qui aimerait savoir comment cela se passe concrètement en cas de complication lors d'une opération, docteur Chastoney indique qu'il y a une salle de réveil dans le bloc opératoire et que ce dernier est bien équipé. De plus, deux infirmières spécialisées y travaillent. En cas de problème ne pouvant pas être réglé dans la clinique, le patient est transféré à l'hôpital cantonal (transfert par le biais du 144). Il souligne que les médecins qui opèrent sont des personnes expérimentées.

Un député libéral relève qu'il y a une différence entre le stationnaire et la chirurgie ambulatoire. Le sujet de la motion est le temps d'attente en cas d'opération de la hanche, opération pour laquelle le patient doit être hospitalisé. Il se demande si des temps d'attente beaucoup trop longs ont pu être constatés par les médecins dans les différents services hospitaliers de chirurgie ambulatoire. De plus, par rapport aux listes d'attente, il souhaiterait savoir si la perception que peuvent avoir les demandeurs est la même dans les cantons de Vaud et de Genève. M. Vuckovic cite l'exemple du canton de Vaud. La chirurgie ambulatoire y est très développée, à l'inverse de la Suisse allemande où elle est quasiment inexistante. Avant l'avènement du Tarmed, il y avait environ 40 000 interventions de chirurgie ambulatoire par année. Le choc dû au Tarmed a été moins grand dans le canton de Vaud. Les cliniques privées, dans le canton de Vaud, ont continué à pratiquer de la chirurgie ambulatoire, à l'inverse de Genève.

Il ajoute qu'en 2004, le CHUV s'est rendu compte que l'engorgement des salles d'opération était très important et que certaines interventions auraient pu être faites en chirurgie ambulatoire, dans un centre extérieur au CHUV. Le CHUV a donc décidé de procéder de la sorte. Ce processus a permis de désengorger les blocs opératoires du CHUV et de ne pas perdre 600 F par intervention. Il indique que les médecins qui ont décidé de travailler dans un centre comme MV Santé rendent service à leur clientèle, même si cette activité n'est pas très rémunératrice. Il est évident que beaucoup d'opérations de chirurgie ambulatoire qui se faisaient auparavant dans les cliniques privées sont désormais réalisées par les HUG.

Pour le surplus, docteur Chastoney précise que les chirurgiens n'ont pas cette perception de l'attente. Par contre, les patients sont directement touchés par l'attente et s'en plaignent. Il y a de nombreuses lettres de patients mécontents. Il souligne que l'introduction du Tarmed a provoqué la disparition de l'hospitalisation d'un jour. Il note aussi que les chirurgiens ne s'intéressent pas davantage à l'ambulatoire, car les tarifs sont nettement plus bas que pour les opérations nécessitant une hospitalisation. Créer des centres de chirurgie ambulatoire permettrait en tous les cas d'absorber un nombre important de cas, ce qui désengorgerait inévitablement les blocs opératoires des hôpitaux.

A un député UDC qui aimerait connaître l'impact de la structure sur le temps d'attente au CHUV et qui demande que soient rappelés les différents types d'opérations qui sont réalisés à MV Santé et plus particulièrement dans le domaine de l'orthopédie, M. Vuckovic indique qu'au départ, à Lausanne, il existait un besoin pour la chirurgie générale et viscérale. Dans ce cas, ce sont les médecins du CHUV qui viennent faire les interventions dans le centre MV Santé. Cela a permis de libérer le bloc opératoire du CHUV. Aucune quantification n'a été faite. Dès avril, certaines opérations orthopédiques seront réalisées.

A une députée qui demande si le centre MV Santé envisage une collaboration avec les HUG, M. Vuckovic indique que des engagements de discussions ont été pris avec les HUG, afin de déterminer ce qui fait le plus de sens. Il est essentiel de bien réfléchir à ce qui peut être externalisé, puisque les HUG sont un hôpital universitaire. Il souligne qu'une collaboration avec le centre MV Santé ne sous-entend pas une privatisation. Le centre offre simplement une structure à des médecins qui souhaitent faire une opération de chirurgie ambulatoire.

Pour répondre à la présidente verte, M. Vuckovic indique que d'autres cliniques proposent de la chirurgie ambulatoire. Néanmoins, MV Santé le fait d'une manière différente, puisque le groupe s'est spécialisé dans ce domaine

et ne tire pas de revenus de la chirurgie privée. En Suisse romande, c'est le seule groupe qui propose une telle offre. En Suisse alémanique, ce type de structure n'est pas d'actualité, puisque la tarification ne s'y prête pas. Il ajoute que la chirurgie ambulatoire a été développée dans le canton de Vaud dans les hôpitaux de jour et à Genève dans les cliniques privées. L'Etat, les assurances et les cliniques s'étaient mis d'accord pour développer un catalogue pour ce type de chirurgie. Pour faire de la chirurgie ambulatoire de manière efficace, il est nécessaire que la pression externe soit forte. Cette pression correspond au coût de la santé. Ce dernier a été ressenti de manière beaucoup plus marquée dans les cantons romands, d'où cette différence entre la Suisse alémanique et la Suisse romande.

M. Unger souhaiterait que les auditionnés expliquent comment une structure du type de MV Santé fonctionne et génère un profit. Les cliniques ont cessé de faire de la chirurgie ambulatoire depuis l'introduction du Tarmed car, à leur sens, elle n'était pas rentable. M. Vuckovic répond que l'actionariat du centre MV Santé est différent de celui des cliniques privées. Les actionnaires de ces dernières attendent en général un rendement et des dividendes. Aucun dividende n'est distribué aux actionnaires de MV Santé, puisqu'il s'agit d'une société de service. La clientèle traitée par une clinique privée ne correspond pas au 100% de la population. Pour que la situation devienne rentable, il est nécessaire que 11 000 interventions soient pratiquées entre les divers centres. Afin de pouvoir être le plus rentable possible, tout en pratiquant les tarifs Tarmed, plusieurs mesures ont été prises : l'administration est lourde (environ 1'000 factures par mois), mais seules quatre personnes s'en occupent ; les centres n'ont pas de réception, tout ce qui n'est pas indispensable est éliminé. Il ajoute que tout cela n'est possible que par l'instauration d'une routine. Les personnes sont habituées à travailler selon des procédures définies et précises. Ainsi, le médecin, lorsqu'il vient, ne perd pas de temps, son passage est réduit d'un facteur deux.

A la question de la présidente verte, M. Vuckovic précise qu'il y a trois salles d'opération à Genève, deux à Lausanne et deux à Sion. 84 personnes travaillent entre Genève et Sion. Le docteur Chastoney ajoute qu'une opération dure en moyenne trente minutes. La durée minimale est de vingt minutes et la durée maximale d'une heure trente. La médiane se situe entre trente-cinq et quarante minutes. Enfin, M Vuckovic souligne que l'idée de base a été de se spécialiser, afin d'industrialiser l'environnement du patient. Le but est de supprimer tous les procédés inutiles pour que le médecin soit le plus efficace possible.

3. Débats de la commission

En préambule, l'auteur de la motion, M. Saudan, souhaite apporter quelques compléments d'informations concernant la problématique de la liste d'attente des opérations, tant d'urgence qu'électives. Il indique que trois axes ont pu être développés :

Améliorer les délais d'attente : Un groupe de travail a été constitué aux HUG début 2008 dans le but de résorber la liste d'attente. Des objectifs avaient été fixés. Le délai maximum pour obtenir une consultation pour une opération de chirurgie orthopédique devait être de six semaines. Un panel de cinq médecins, à qui il a posé la question, lui a répondu qu'il faut attendre aujourd'hui entre six et douze mois pour obtenir une consultation. Néanmoins, il est indéniable que les HUG ont déjà fait des progrès certains.

La collaboration avec Nyon : Il estime que la politique menée par le DES est un succès. Cette année, cent prothèses totales de hanche devraient pouvoir être opérées à Nyon. Il note que certains médecins envoient directement leurs patients à Nyon, sans passer par les instances des HUG. Cette pratique qui a été développée constitue un bon axe, mais il ne pense pas qu'elle suffira à résorber les délais d'attente à l'hôpital.

La collaboration avec le privé : Il relève que l'audition de M. Gruson a mis en évidence un manque de personnel aux HUG, mais que le programme mis en place par le groupe de travail a contribué à ce qu'il soit possible d'opérer quatre prothèses totales de hanche de plus par semaine. Il ajoute que M. Gruson semblait assez enclin à envisager une collaboration avec le privé. Quant à l'audition des cliniques privées, il estime qu'elle a mis en relief une certaine réserve quant à une éventuelle collaboration. La différence fondamentale entre les cliniques privées genevoises et le reste de la Suisse est qu'il y a une possibilité de patients beaucoup plus importante à Genève que dans le reste de la Suisse. Il précise toutefois que certains directeurs de cliniques étaient tout de même ouverts à une certaine collaboration avec les HUG.

Il estime néanmoins qu'il ressort par contre de l'audition du professeur Hoffmeyer qu'une éventuelle collaboration entre le privé et les HUG est absurde. Il tient à souligner que cette motion n'est pas du tout une mise en cause des HUG. Concernant la critique principale du professeur qui trouve qu'il serait aberrant de transférer des patients entre des cliniques privées et l'hôpital, M Saudan rappelle quelques chiffres, soit que dans l'hypothèse de faire opérer en privé entre cinquante et cent personnes par année, cela impliquerait deux transferts de patients par semaine. Entre les urgences des

HUG et les cliniques privées, il y a environ entre quinze et vingt transferts par jour. Il souligne d'ailleurs que les malades devront effectuer des transports importants dès l'ouverture du nouveau bâtiment des HUG.

Il relève que le docteur Courvoisier a également émis une réserve par rapport à cette motion. Le suivi des patients lui pose problème en cas d'opération dans le privé et de transfert ultérieur aux HUG. Toutefois, il rappelle que le docteur Courvoisier s'est dit très intéressé par la deuxième invite de la motion, soit pour les cas traumatologiques.

En conclusion, M. Saudan aimerait rendre la commission attentive au fait qu'il s'agit d'un problème réel et qu'il ne sera pas possible de se passer d'une collaboration entre le privé et le public. Il appartient au secteur privé de faire des efforts. Un article de ce jour publié dans la Tribune de Genève mentionne qu'une étude (de l'Observatoire de la Santé) indique que d'ici 2020, il faudra créer 25'000 postes dans le domaine de la santé. Il encourage la commission à envoyer cette motion au Conseil d'Etat. Il tient à préciser qu'il ne s'agit pas d'une motion polémique, mais d'une motion qui devrait permettre de faire un point de la situation et inciter à trouver des solutions.

Un député libéral relève que deux problèmes distincts ont été mis en évidence : la chirurgie stationnaire et la chirurgie ambulatoire. La question est de savoir si l'hôpital peut absorber, dans un délai raisonnable, le flux des patients qui présentent des pathologies nécessitant des interventions. Pour ce qui est de la chirurgie ambulatoire, qui n'est d'ailleurs pas nommément citée dans la motion, il faut se demander si les structures telles que MV Santé constituent une solution pour désengorger les hôpitaux. Si tel est le cas, il estime qu'il serait nécessaire d'en parler dans le cadre de cette motion.

Une députée socialiste souligne qu'elle a été convaincue par les auditions et qu'une collaboration entre le privé et le public va dans le sens des patients.

Elle se demande toutefois si les invites ne sont pas trop précises. A son sens, il faudrait laisser une marge de manœuvre au Conseil d'Etat.

Une députée PDC relève que la motion prend en compte uniquement la traumatologie ou l'électif, type prothèse totale de hanche, et pas la chirurgie ambulatoire.

M. Unger rappelle que le temps d'attente pour se faire opérer est un fait qui n'est pas contesté. Néanmoins, l'ampleur n'est pas tout à fait la même selon les sources. Il souligne que cette attente est née de l'évolution démographique, des techniques chirurgicales et de la désertion des cliniques privées et que des mesures ont été prises aux HUG, à savoir :

Une salle d'opération est aujourd'hui réservée aux urgences orthopédiques.

Une nouvelle équipe chirurgicale complète, travaillant à mi-temps, a été mise en place. Il y a deux vacations par semaine, ce qui permet de réaliser quatre prothèses de hanche de plus par semaine. Grâce à cela, le nombre de semaines d'attente a déjà été divisé par deux. Il faut encore compter environ seize semaines d'attente pour les prothèses de hanche et davantage pour le pied.

Pour le surplus il précise s'agissant des accords signés par Nyon, qu'il faut veiller à ce que l'autorisation extra-cantonale soit demandée et octroyée, afin que les personnes puissent être remboursées.

Sur la base de ces constats, M. Unger pense qu'il y a un problème résiduel. Il est d'avis qu'il convient de trouver des heures de salles supplémentaires et de définir le type de salles nécessaires en fonction du type de chirurgie. Il indique qu'il est essentiel d'encourager les hôpitaux à créer des partenariats avec des structures légères. Il rappelle qu'avant l'entrée en vigueur du Tarmed, une étude avait été faite afin d'expliquer que les chirurgiens genevois devraient changer leurs habitudes et qu'il faudrait prévoir des structures spécialisées pour la chirurgie ambulatoire. Le choix a été d'abandonner la chirurgie ambulatoire.

M. Unger explique qu'il reste très opposé à la motion, car elle envisage de mauvaises réponses. Il propose donc que la commission rédige une motion faisant état de ces délais d'attente et de l'importance de collaborer avec tous les secteurs.

L'auteur de la motion M. Saudan précise qu'il n'est pas opposé à ce que les invites soient modifiées et rappelle qu'elles avaient pour objectif de trouver des solutions techniques qui puissent satisfaire les cliniques privées. Il pense que la seule possibilité de collaboration envisageable avec les cliniques privées est d'utiliser leur plateau médico-technique, soit d'utiliser une salle avec une équipe complète. Les cliniques privées n'entreront jamais en matière pour hospitaliser des patients qui n'ont pas d'assurance privée.

M. Unger pense quant à lui qu'il faut essayer de libérer les salles d'opération en externalisant la chirurgie ambulatoire, qui est facturée selon le Tarmed et peut ainsi être réalisée au même tarif dans n'importe quelle structure. Le transfert des malades ne lui paraît vraiment pas opportun.

Deux députés libéraux proposent de transformer l'ensemble des invites comme suit:

« Invite le Conseil d'Etat à promouvoir une politique de collaboration entre les secteurs médicaux publics et privés dans les domaines de la chirurgie stationnaire et de la chirurgie ambulatoire, afin de trouver des solutions adéquates dans le but de réduire les temps d'attente pour les interventions chirurgicales.

Invite le Conseil d'Etat à nous tenir régulièrement informés des démarches entreprises pour favoriser cette collaboration. ».

La présidente met au vote la proposition des députés libéraux de remplacer les invites existantes par le texte suivant:

« Invite le Conseil d'Etat à promouvoir une politique de collaboration entre les secteurs médicaux publics et privés dans les domaines de la chirurgie stationnaire et de la chirurgie ambulatoire, afin de trouver des solutions adéquates dans le but de réduire les temps d'attente pour les interventions chirurgicales.

Invite le Conseil d'Etat à nous tenir régulièrement informés des démarches entreprises pour favoriser cette collaboration. ».

qui est acceptée par 12 oui (3 S, 2 Ve, 3 L, 1 PDC, 2 R, 1 UDC), 0 non et 1 abstention (1 MCG)

La présidente met au vote le renvoi de la M 1795, ainsi modifiée, au Conseil d'Etat qui est acceptée par 12 oui (3 S, 2 Ve, 3 L, 1 PDC, 2 R, 1 UDC), 0 non et 1 abstention (1 MCG)

Proposition de motion

(1795)

Moins d'attente pour se faire opérer à l'hôpital !

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- la difficulté actuelle des HUG à faire face à l'afflux des patients devant subir une opération chirurgicale programmée ou en urgence ;
- les délais pouvant s'élever à plus d'une année pour les opérations programmées en ce qui concerne certaines affections provoquant douleur et gêne pour les patients ;
- que tout report d'une opération en urgence augmente sensiblement la mortalité des patients ainsi que les complications avant et après l'opération, rallongeant donc le séjour hospitalier ;
- que, dans le cadre d'une nouvelle convention tarifaire (FIM) de l'assurance accidents, les patients assurés en commune peuvent déjà se faire opérer dans le secteur privé sous certaines conditions,

invite le Conseil d'Etat

- à promouvoir une politique de collaboration entre les secteurs médicaux publics et privés dans les domaines de la chirurgie stationnaire et de la chirurgie ambulatoire, afin de trouver des solutions adéquates dans le but de réduire les temps d'attente pour les interventions chirurgicales.
- à tenir le Grand Conseil régulièrement informé des démarches entreprises pour favoriser cette collaboration.