

*Date de dépôt : 4 septembre 2018*

## Rapport

**de la commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de M<sup>mes</sup> et MM. Bertrand Buchs, Anne Marie von Arx-Vernon, Vincent Maitre, Jean-Luc Forni, Guy Mettan, Jean-Marc Guinchard, Béatrice Hirsch, François Lance, Olivier Cerutti, Marie-Thérèse Engelberts pour la création d'un hôtel des patients ainsi que pour l'augmentation des unités d'accueil temporaires médicalisées, un nouveau concept d'hospitalisation**

*Rapport de majorité de M. Christian Dandrès (page 1)*

*Rapport de minorité de M. Bertrand Buchs (page 42)*

## RAPPORT DE LA MAJORITÉ

### Rapport de M. Christian Dandrès

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La commission de la santé a étudié cette motion lors de ses séances des 10 février, 24 mars, 19 mai et 9 juin 2017, sous les présidences successives de M<sup>me</sup> Sarah Klopmann, de M. Bertrand Buchs et de M. Pierre Conne.

Les procès-verbaux de ces séances ont été tenus avec exactitude par MM. Sébastien Pasche et Simon Panchaud.

Ont assisté à tout ou partie des débats : M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat DEAS, M. Adrien Bron, directeur général DGS, M<sup>me</sup> Stéphanie Codourey, secrétaire générale adjointe DGS, M<sup>me</sup> Sabrina Cavallero, directrice planification et réseau de soins DGS, et M<sup>me</sup> Laurence Dick Aune, secrétaire générale adjointe des affaires juridiques DEAS.

## Présentation de la motion

M. Bertrand Buchs, auteur de la motion, souligne qu'elle a été rédigée en 2015, car le CHUV et l'Etat vaudois ont décidé de construire un hôtel pour patients, ce qui est très courant dans le monde anglo-saxon et permet à l'hôpital de diminuer le taux d'occupation de ses chambres et le coût par journée d'hospitalisation. L'exposé des motifs contient les informations communiquées par le CHUV et par la société qui gère cet hôtel des patients, à savoir que le coût journalier est de 550 F au CHUV et de 325 F à l'hôtel des patients. Cet hôtel est actuellement ouvert et fonctionne parfaitement bien selon lui. La solution avait été évoquée par les HUG, mais n'avait pas été retenue, car le volume de patients n'était pas suffisant. Il s'étonne de cette conclusion, dès lors que cela fonctionne à 60 km de Genève. L'on voit que les services des HUG sont actuellement surchargés, en particulier lorsqu'il y a des épidémies, et il pense que l'on pourrait ainsi soulager ces services. Il souligne que le financement des hospitalisations se fait maintenant de façon différente, notamment au niveau du remboursement, et estime que l'on pourrait avoir des structures plus souples et plus légères pour certaines prises en charge des soins. Par ailleurs, il considère qu'il manque des structures de type UATM à Genève, notamment pour permettre à des personnes d'y aller un certain nombre de jours pour soulager les proches aidants, pour faire des diagnostics, investiguer, etc. Il y avait, il y a quelques années, une structure qui fonctionnait très bien à la rue des Bains, avec un service dépendant de la gériatrie, comportant 7 ou 8 lits dans lesquels les patients étaient pris en charge pendant 7 jours. Ce lieu a fermé pour des raisons de coûts (loyer trop élevé). C'était une structure privée, dont les médecins avaient besoin. Il explique que la deuxième partie de la motion propose donc d'envisager l'hospitalisation d'une autre manière. Il souligne enfin qu'avec l'hôtel des patients, l'on fait probablement des économies sur la prise en charge.

Sur question de la présidente, qui observe qu'il existe aujourd'hui les UATM, les EMS, l'IMAD et les hospitalisations et se demande à quel niveau se situerait cet hôtel des patients, M. Buchs répond en prenant l'exemple d'une opération chirurgicale peu compliquée. Au lieu de rester 5 ou 6 jours dans une chambre d'hôpital pour quelques pansements et la visite d'un médecin, l'on pourrait être transféré dans l'hôtel des patients. Le même travail serait effectué à moindre coût au niveau de la structure hôtelière. Il rappelle que le volet hôtelier coûte extrêmement cher à l'hôpital et précise que cela ne concerne que les patients qui ne nécessitent pas une surveillance 24h/24. Il relève en outre que ce n'est pas une question d'âge, mais une question de pathologie.

Sur réaction de la présidente, qui souligne qu'elle ne comprend pas vraiment l'intérêt de cet hôtel, car les frais hôteliers existeront quand même puisqu'il faut de toute façon fournir un lit à la personne et la nourrir de la même façon et demande s'il imagine une structure publique ou privée et si ce sera remboursé ou non, M. Buchs répond qu'il serait intéressant d'écouter les Vaudois. Il souligne que cette idée a été développée par un socialiste. Une structure hôtelière est de toute manière moins chère que l'offre hôtelière d'un hôpital. La structure fait partie de l'hôpital et l'Etat économise ainsi de l'argent qui peut être réinvesti dans la prise en charge de patients nécessitant des soins plus compliqués. Il considère que l'idée est intéressante et qu'il vaut la peine d'entendre les Vaudois à ce sujet, même s'il n'a lui-même pas de « religion » là-dessus.

Sur question d'un commissaire socialiste, qui indique que l'exposé des motifs laisse supposer que Genève oppose les UATM à l'hôtel des patients et se demande si sa compréhension de l'objet est correcte, M. Buchs répond que c'est l'une des réponses qu'on lui a faites.

Sur question du même commissaire, qui observe que l'exposé des motifs mentionne les familles proches souhaitant accompagner leurs malades et qui désire savoir si l'on pourrait imaginer que les proches dorment pour accompagner les patients, ce qui correspondrait réellement à un besoin, M. Buchs explique que c'est un hôtel et qu'ils pourraient tout à fait rester mais qu'ils paieraient leurs chambres et que l'Etat n'interviendrait pas pour eux.

Un autre commissaire socialiste considère que beaucoup d'aspects semblent séduisants et qu'il serait intéressant d'entendre le CHUV. La personne qui accompagne ne prendrait pas forcément une deuxième chambre, mais pourrait peut-être accéder à une partie de la chambre du patient. Cela serait d'autant plus nécessaire avec le vieillissement de la population et le fait que beaucoup de conjoints se retrouvent aujourd'hui seuls à la maison. Il se demande comment M. Buchs situe l'hôtel des patients par rapport au développement de l'ambulatorio et à la réduction générale des durées d'hospitalisation et observe que, s'il ne s'agit que de 3 ou 4 jours d'hospitalisation, l'on imagine mal le transfert du patient, puisqu'il faut aussi songer à son confort. Concernant les équipes, il souligne les enjeux de médecine du travail et désire savoir s'il s'agirait de patients qui se rendraient à l'hôpital pour faire leur pansement ou si ce sont les équipes qui se déplaceraient à l'hôtel. M. Buchs répond qu'aux USA, les gens ne restent quasiment plus à l'hôpital, notamment les femmes qui accouchent et qui sortent le jour même, et que ce type de structures pourraient permettre de créer une espèce de zone tampon afin d'éviter que les gens doivent partir tout

de suite et qu'il y ait des catastrophes. Il est important d'inclure la structure dans le système dépendant de l'Etat afin qu'il n'y ait pas de dumping salarial. S'il ne s'agit que d'un simple pansement, cela peut se faire à domicile, mais en l'occurrence, il s'agirait plutôt de patients nécessitant une perfusion ou encore quelques jours de thérapie. Au CHUV, les équipes se déplacent.

Sur question du même commissaire, qui se demande s'il imagine que les patients puissent entrer directement dans cette structure, M. Buchs observe qu'ils pourraient en effet venir à l'hôtel un jour avant pour voir l'anesthésiste et faire le contrôle sanguin.

Sur une autre question du même commissaire, qui se demande comment cela serait intégré dans le financement, avec la notion de DRG, puisque l'on procède maintenant à un financement par diagnostic, quelle que soit la durée d'hospitalisation, M. Buchs souligne qu'avec les DRG, moins l'on reste à l'hôpital, plus l'on gagne et qu'il faut demander cela aux Vaudois. Il indique avoir eu des contacts avec les personnes qui gèrent cet hôtel et souligne que ce dernier est occupé à quasiment 95%.

Sur question d'un commissaire MCG, qui indique avoir l'impression que le projet est redondant par rapport à la politique menée ces dernières années, depuis le projet Victoria, avec des économies d'échelle et une volonté de ramener le plus rapidement possible les patients à la maison. Il pense que l'on pourrait imaginer le genre de structure proposée dans un canton plus grand, où le domicile du patient est plus éloigné de l'hôpital, et estime donc que ce type de service existe déjà à Genève avec les différentes cliniques qui reçoivent les patients pour la fin des soins. M. Buchs lui répond que ce système existe de manière très développée dans les pays anglo-saxons, que dans ces pays, la façon de penser le système médical est très différente et que l'on n'y offre normalement que le minimum. Le canton de Vaud est certes plus grand que Genève, mais il existe néanmoins plusieurs hôpitaux périphériques et tout ne se fait pas au CHUV.

Sur question du même commissaire qui pense que l'on a déjà ce type de réponse avec les cliniques de rééducation existantes, M. Buchs pense que l'hôtel des patients doit être envisagé plutôt comme quelque chose qui permette de ne pas occuper des lits qui seraient possiblement occupés par des gens qui en ont plus besoin. Cela permettrait aussi au conjoint d'aller rejoindre le patient.

Un commissaire PLR observe que Genève est un petit canton et se demande s'il ne vaudrait pas la peine que les patients se déplacent depuis chez eux directement à l'hôpital, plutôt que depuis cet hôtel des patients, par exemple en finançant les déplacements en taxi, à travers les caisses-maladie.

Il désire savoir quel serait le profil-type du patient qui bénéficierait de cette nouvelle structure et qui resterait dans cet hôtel, parce qu'il serait incapable de se déplacer depuis son domicile pour certains soins et qu'il ne pourrait pas être non plus à domicile pour recevoir ces soins, ni éligible pour une réhabilitation dans une clinique comme Joli-Mont. M. Buchs lui répond que le CHUV a 114 chambres et que les HUG doivent fonctionner avec des patients qui ne sont pas du canton. Il faut continuer à inciter les personnes à venir d'autres cantons pour que les développements futurs de l'hôpital universitaire puissent se poursuivre et rayonner sur la Suisse. Ces personnes auraient donc besoin d'une telle structure, qui pourrait en outre créer un appel pour ces patients externes au canton. Il rappelle que l'on a dit par le passé au Grand Conseil que Genève avait beaucoup perdu de patients au profit du CHUV et également perdu une bonne partie de la clientèle française.

Sur question d'un commissaire UDC, qui se demande si l'idée principale est de pouvoir loger les proches, M. Buchs lui répond que ce n'est pas que cela, même s'il s'agit de quelque chose d'important, en particulier pour les personnes âgées.

Le même commissaire observe que, dans certaines cultures, toute la communauté vient s'installer auprès du patient. Concernant les transferts, il pense que cela peut coûter très cher et se demande si M. Buchs imagine un tunnel. M. Buchs lui répond qu'il n'imagine rien du tout et qu'il veut d'abord savoir si c'est possible ou non et s'il s'agit d'une bonne idée ou d'une fausse bonne idée. Concernant les proches, il précise qu'il s'agirait avant tout de pouvoir faire venir le conjoint et non pas toute la famille.

Sur question d'un commissaire socialiste, qui se demande si l'on sait pourquoi les HUG avaient écarté une telle idée par le passé, M. Buchs souligne qu'ils ont affirmé que le volume de patients n'était pas suffisant. M. Poggia informe qu'il existe un rapport à ce sujet qui pourra être remis à la commission.

Le même commissaire socialiste pense qu'il conviendrait d'abord d'auditionner les HUG, avant le CHUV, afin de connaître mieux le contexte genevois et la réalité locale. Il ajoute que c'est une société anonyme qui gère l'hôtel à Lausanne et que cette société ne ferait que vanter toutes les vertus de son hôtel. M. Buchs répond que l'on pourrait demander à un fonctionnaire du CHUV de venir expliquer la fonction de l'hôtel, sans nécessairement faire de la publicité à la société qui exploite le lieu.

La présidente propose d'entendre d'abord le CHUV pour cerner ce qu'est l'hôtel de patients, avant de poser les questions pertinentes aux HUG.

L'ensemble de la commission est d'accord pour auditionner les deux institutions. Une commissaire PLR préfère entendre d'abord les HUG pour savoir pourquoi ils n'ont pas été sensibles à ce type de structure. Un commissaire socialiste indique qu'il existe un site internet de l'hôtel des patients et que l'on peut déjà se renseigner en ligne. M. Buchs précise que lorsque la société a su qu'il allait déposer une telle motion, elle lui a tout de suite fait les yeux doux, de sorte qu'il n'a volontairement pas reçu la société. Un commissaire MCG propose d'entendre d'abord la position du département et de se déterminer ensuite sur l'ordre des auditions après coup.

M. Poggia relève qu'un travail sur le sujet a été fait en août 2015, avant le dépôt de la motion. L'idée d'un hôtel des patients est dans l'air. Il a lui-même reçu des sociétés très intéressées par la création d'un tel hôtel. Il s'agit bien d'un hôtel des patients et non d'un hôtel des proches, comme l'hôtel McDonald pour les parents des enfants hospitalisés. Il n'est donc pas question de personnes venant de loin et pouvant être proches des patients hospitalisés. C'est au contraire une extension des établissements hospitaliers dans laquelle certains actes médicaux vont pouvoir être exercés de manière plus économique. Il rappelle que l'on ne parle pas de qualité de soins, mais de prise en charge égale pour un coût moindre. Genève est un petit canton, dans lequel les soins à domicile ont été mis en avant depuis passablement d'années. Si la personne n'a pas besoin de soins lourds, ces soins peuvent en principe être dispensés à domicile. Le CHUV a mis à disposition un bâtiment, construit sur un terrain appartenant certainement à l'Etat de Vaud, à une société privée qui offre des prestations hospitalières. Il y a donc un mandat de prestations. Il voit d'ici la gauche, qui va se soucier du traitement du personnel médical de ce bâtiment, se demander quel type de barème salarial va être appliqué et si l'on n'est pas en train de privatiser les prestations publiques en externalisant les activités des HUG. Il considère que ce serait une remarque pertinente et qu'il faut en effet faire attention à cela. Concernant le coût, il observe que l'on dit que le coût est de 325 F pour le CHUV et précise qu'il est aux HUG de 272 F par jour pour les fins de séjours. Il constate qu'il n'y a pas de bénéfice réel au niveau du coût. Il pense que, pour les personnes que l'on renvoie à domicile, cela a du sens dans un canton comme le canton de Vaud, mais pas nécessairement à Genève où l'on n'a pas cette même problématique. Il relève en outre que l'on a des établissements de soins de suite. S'il ne pense pas que les établissements ont intérêt à faire sortir les personnes le plus vite possible, il considère qu'ils n'ont pas non plus intérêt à les faire rester inutilement. Le CHUV obtient avec ces 325 F une heure de soins par jour. Il s'agit de cas légers, qui peuvent selon lui tout à fait être pris en charge à domicile.

M. Bron pense que les questions posées sont tout à fait pertinentes, mais observe que les réponses peuvent varier selon le contexte. Pour le canton de Vaud, il y avait un vrai problème de capacité du CHUV et la création d'un hôtel des patients a été une manière assez économe de pouvoir augmenter la capacité, sans avoir besoin d'investir, en sous-traitant une partie de l'hôtelier. Il n'y a pas ce même besoin à Genève et ce ne serait de toute façon pas économiquement intéressant. Le CHUV lui-même n'espère pas une amélioration de l'économicité. Cet hôtel peut en effet accueillir des proches aidants, mais il faut pouvoir garantir un taux d'occupation et la vocation première reste avant tout de pouvoir accueillir des patients et seulement marginalement des proches. La question de l'organisation du paysage hospitalier peut aussi se poser. Les pays anglo-saxons ont une densité hospitalière tout autre qu'en Suisse puisque l'offre est concentrée dans des centres moins nombreux qu'en Suisse et il s'agit donc d'un contexte très différent. A Genève, avec le BDL2 et la nouvelle maternité, il n'y a pas aujourd'hui de problèmes de capacité qui pourraient être intelligemment résolus avec cette option-là. Il précise qu'il parle de la situation actuelle et que cette dernière pourrait néanmoins évoluer d'ici 10 ans.

M. Poggia pense qu'il est plutôt intéressant d'entendre d'abord les HUG puisque le but est de voir si ces derniers ont un moyen d'économiser de l'argent. Si la commission est convaincue par les HUG, il ne pense pas qu'elle soit intéressée à entendre ensuite le CHUV pour savoir pourquoi il n'est pas d'accord avec les HUG.

Un commissaire socialiste trouverait dommage que l'on enterre l'audition du CHUV parce que l'on aura entendu que les HUG n'ont pas besoin de cela. Il estime qu'il faut distinguer la situation actuelle d'une perspective à plus long terme et considère simplement que le modèle est intéressant. Il n'avait pas compris, lorsque l'on avait longuement discuté de la fusion entre Jolimont et Montana, que Jolimont remplissait ce rôle consistant à recevoir des personnes, par exemple, le jour avant une intervention pour des investigations, mais plutôt que Jolimont allait faire à moyen terme de la réhabilitation.

Un autre commissaire socialiste estime que l'important est de déterminer quel est le besoin et qu'il conviendrait d'abord d'étudier le rapport et de procéder à l'audition des HUG, afin d'avoir des questions intelligentes à poser au CHUV.

Il est finalement décidé d'auditionner les HUG et de rediscuter ensuite de l'audition du CHUV.

## **Audition de M. François Canonica, président du conseil d'administration des HUG, et M. Bertrand Levrat, directeur général des HUG**

M. Canonica indique en premier lieu qu'à l'époque du début de l'opération de Beau-Séjour 22-24, les HUG avaient déjà réfléchi sur l'opportunité ou non de la création d'un hôtel des patients sur le mode de celui du CHUV. Un document de synthèse qui résumait leur position avait été établi et est probablement encore d'actualité. Les conclusions de ce rapport se dirigent vers les lignes suivantes : en situation de non-engorgement, il n'est pas nécessaire de créer un hôtel des patients, tandis qu'en situation d'engorgement, il pourrait être retenu que la motion concerne un projet opportun. Cette situation d'engorgement ne paraît pas, à leurs yeux, représenter un risque évident à l'horizon de 10 ans. Il observe que l'opération, dans les deux cas de figure, semble être déficitaire, à hauteur des calculs et des chiffres consignés dans le document « Hôtel pour patients aux HUG, évaluation économique », datant de 2015 et remis aux commissaires.

M. Levrat souligne qu'il s'agit de la vision économique, mais observe qu'il y a aussi une différence majeure entre le CHUV et les HUG, qui a trait à la géographie des cantons de Genève et de Vaud. Cet hôtel pour patients consiste en des lits hospitaliers supplémentaires pour des gens qui s'habillent seuls, qui font leur toilette seuls et qui n'ont besoin que d'une heure de soins par jour. Pour la plupart des situations, il s'agit de personnes dans l'attente d'un examen supplémentaire, qui ont des suites de plaies ou qui sont en suite d'accouchement. Actuellement à Genève, et vraisemblablement pour les 15 ans qui viennent, il s'agit de personnes qui sont renvoyées à la maison. Il précise que, lorsque ces personnes ne sont pas renvoyées à la maison, les nouvelles structures d'aval qu'ils ont actuellement, en plus de celle qui sera inaugurée en septembre prochain, la nouvelle Maternité, suffiront. L'on a plus besoin de structures subaiguës d'aval, compte tenu du vieillissement de la population, que d'une structure comme un hôtel des patients. Pour les raisons économiques évoquées par M. Canonica et dans le contexte d'un canton-ville, cet hôtel des patients n'est pas nécessaire. Il constituerait selon lui une suroffre. La Directrice des soins du CHUV lui a dit que l'hôtel des patients de Lausanne avait été plein pendant le Salon de l'auto, mais il observe que cela n'est pas déterminant. Il souligne qu'il s'agit d'un modèle économique, construit par Reliva, qui oblige à un taux d'occupation de 80% par l'hôpital. Il ne sait pas aujourd'hui si le CHUV va perdre de l'argent, y compris dans le long terme. Ils attendent de voir mais ils ne sont donc pas convaincus par ce modèle.

Un commissaire UDC relève qu'il existe des fondations, dans le privé, qui paient des chambres d'hôtel ou des logements pour que les parents puissent rester proches de leurs enfants hospitalisés et se demande s'il y a des structures privées qui font cela pour des enfants hospitalisés aux HUG et qui rendraient éventuellement moins utile cet hôtel des patients. Il se demande si cet hôtel pourrait présenter un intérêt pour ce type de cas de figure, en particulier lorsque les personnes n'ont pas beaucoup de moyens financiers et si une telle utilisation par les proches pourrait être envisageable. M. Levrat lui répond qu'il parle là d'un vrai hôtel et non d'un hôtel pour patients et précise qu'il y a une maison Ronald McDonald qui rend ce service aux parents d'enfants hospitalisés, grâce à des maisons proches des hôpitaux, dont une se trouve à Genève. Il existe aussi des studios meublés à proximité immédiate de l'hôpital, notamment pour les greffés et leurs familles, en particulier pour les patients tessinois, étant donné qu'il y a une collaboration avec l'Hôpital du Tessin. Il y a en outre un hôtel à proximité immédiate de l'hôpital, qui répond à cette problématique, même si la question économique des personnes qui viennent d'autres cantons subsiste. Concernant les familles et les proches des patients genevois, il estime que la question ne se pose pas vraiment et que, pour les patients extracantonaux, la question est pour le moment réglée à peu près à satisfaction. Concernant la pédiatrie, la règle est de pouvoir mettre un parent dans la chambre de l'enfant hospitalisé. Malheureusement l'infrastructure hospitalière de l'hôpital des enfants, protégé par la commission des monuments et des sites, fait en sorte qu'il est parfois difficile de mettre des parents de manière confortable dans des chambres qui ne sont pas adaptées. Ils ont bon espoir de pouvoir adapter à moyen terme l'hôpital des enfants puisqu'ils sont dans un concours d'urbanisme. Ils ont 3 ou 4 studios meublés pour des familles ou pour des professeurs qui viennent de l'étranger. Finalement, un certain nombre de cliniques privées ont des accords avec des hôtels de la place, mais plutôt du côté de l'hôtel des Bergues et du Four Seasons, afin que les familles de personnes hospitalisées en clinique puissent séjourner à un tarif préférentiel.

Le même commissaire UDC indique avoir lui-même participé à un tournoi pour qu'un enfant ne reste pas seul et relève que les remarques de M. Levrat sur les chambres de l'hôpital des enfants sont assez justes. Il se demande si quelque chose est mis à disposition pour les parents qui font ce tournoi, afin qu'ils puissent dormir une ou deux heures. Il relève qu'il faut quand même fournir un environnement rassurant pour l'enfant, car, en l'absence de visages connus, les soins de l'enfant sont absolument impossibles, notamment selon le type de soins à apporter. M. Levrat répond qu'il y a un concours d'urbanisme sur la zone sud (le bâtiment Gustave

Julliard, l'ancienne Maternité et tout autour de l'Hôpital des enfants), mené en collaboration avec l'ensemble des acteurs et qui porte à la fois sur le bâtiment de la médecine dentaire, qui devrait être démoli pour construire un hôpital pour les jeunes et pour la psychiatrie de l'adolescent, et de manière générale sur l'ensemble du site. Tout l'enjeu est de savoir si les représentants du patrimoine accepteront que d'ici une dizaine d'années, l'on dynamite le bâtiment actuel, qui est selon eux digne d'intérêt architectural, à l'inverse de l'ancienne maternité. Il précise qu'il y a de toutes petites chambres, mais d'énormes corridors, l'un pour les patients et un autre pour le personnel. Il ajoute enfin, à titre anecdotique, qu'ils ne font pas de frites pour les enfants dans ce bâtiment car la commission des monuments et des sites les empêche de faire un trou pour la ventilation.

Un commissaire socialiste observe que les HUG distinguent un scénario avec engorgement et un autre sans engorgement et se demande, par rapport à la pédiatrie et aux hospitalisations sociales, s'il n'y a pas déjà à l'heure actuelle un gros engorgement dans les milieux de l'éducation spécialisée, car des lits sont justement occupés par des enfants qui n'auraient rien à y faire. Par ailleurs, lorsque l'on regarde la planification 2016-2019, l'on constate qu'il y a quand même des scénarios de création de lits, par exemple en psychiatrie, qui ne sont pas concrétisés car l'on avance que l'on va privilégier les hospitalisations à domicile et recourir aux services de l'IMAD. Il se demande néanmoins s'il n'y a pas là aussi un danger d'engorgement si ce transfert des charges à l'IMAD et à la psychiatrie à domicile ne se faisait pas. Il se demande donc si l'on n'est pas déjà en train de s'embarquer dans ce scénario d'engorgement.

M. Levrat souligne que l'hôtel des patients dont on parle concerne des patients autonomes et qu'il ne concernerait ni les patients en pédiatrie ni les patients en psychiatrie. Par rapport aux hospitalisations sociales, il y a en effet des enfants qui sont placés sans aucune raison à l'hôpital autre que par exemple le fait que c'est Noël et Nouvel An et que les collaborateurs de la Fondation officielle de la jeunesse (Foj) sont partis. Ils travaillent néanmoins en réseau et vont régler la question du prochain Noël. La bonne nouvelle est que le Grand Conseil, dans le cadre du budget 2017, a voté des crédits pour permettre à la Foj de créer un nouveau foyer de 6 ou 8 places destiné à éviter les hospitalisations sociales. Pour les enfants qui sont dans une détresse telle qu'ils doivent être placés quelque part, l'on devrait voir une réduction des hospitalisations sociales grâce à ce nouveau foyer. Concernant la psychiatrie, l'un des enjeux, sur la population en général, est la gestion de la croissance pour les années qui viennent, qui relève avant tout d'une question de flux. Il

considère néanmoins que l'hôpital de soins aigus, concerné par cet hôtel des patients, ne devrait pas se trouver engorgé dans les 10 années qui viennent.

Sur question du président, qui relève que le rapport démontre qu'il est moins cher de garder des personnes à l'hôpital que de les envoyer dans ces hôtels pour patients, puisque l'on demande 325 F par jour à l'hôtel et que cela coûte 230 F ou 240 F pour des patients à l'hôpital, M. Levrat explique que le calcul n'est pas basé sur une moyenne de séjours hospitaliers qui doivent tourner autour des 1500 F la journée, mais sur le coût de quelqu'un qui n'a besoin que d'une heure de soins par jour, ce qui correspond donc à environ 240 F. Dans ce cas, le coût d'infrastructure et de production est moins cher que ce que propose Reliva avec l'hôtel des patients.

Sur demande du président, qui indique n'avoir pas compris la comparaison avec le canton de Vaud, car ce dernier offre également des soins à domicile très performants dans toutes les régions, et qui se demande si la différence ne porte pas uniquement sur le fait que le CHUV a moins de lits et que les HUG sont peut-être en surcapacité, M. Levrat répond qu'il s'agit surtout de questions de suites de plaies et d'attente d'exams complémentaires et que, dans ces cas, l'on ne peut pas renvoyer les gens à une heure et demie de route.

Sur question du président, qui souligne qu'il y a pourtant des hôpitaux périphériques, M. Levrat répond que, selon la prise en charge et la logique financière des DRG, il ne serait pas concevable d'envoyer ces patients faire des examens dans d'autres hôpitaux. Il observe néanmoins avec beaucoup d'intérêt cette expérience et n'est pas sûr que son modèle économique soit pérenne, mais est prêt à être convaincu d'avoir tort.

Le président se demande pourquoi ils ne tiendraient pas compte des personnes venant d'autres cantons puisqu'il s'agit d'un revenu intéressant, en relevant que les patients valaisans vont à 50% à l'extérieur du canton, mais vont tous à Berne ou à Lausanne et plus à Genève. Il se demande si un hôtel des patients ne permettrait pas de drainer ces patients qui venaient auparavant à Genève. M. Levrat observe que, lorsque l'on se déplace d'un canton à l'autre, c'est que l'on ne trouve pas la prestation médicale que l'on cherche dans son propre canton. Le CHUV et le futur hôpital Riviera-Chablais à Villeneuve drainent des patients valaisans plus qu'à Genève, car il faut compter une heure de route de plus pour venir ici. La question de l'hôtel, en y séjournant une journée avant et une journée après l'opération, n'est pas vraiment déterminante. C'est plutôt la recommandation de son propre médecin qui sera vraiment déterminante. Dans ce cadre-là, les HUG sont en discussion permanente avec les Conseils d'Etat des autres cantons et figurent sur la planification sanitaire de ces derniers. L'on reste malgré tout à

l'extrême ouest de la Suisse. Le flux de patients qui viennent à Genève montre qu'ils viennent pour des spécialités. Il indique enfin que la relation avec l'hôpital du Valais a nécessité plutôt de la reconstruction ces dernières années suite à un certain nombre d'affaires.

Sur question du président, M. Levrat indique qu'ils ont reçu trois fois la société qui construit à Lausanne et qu'ils leur ont même proposé de faire des plans pour voir ce qui pouvait être construit à Genève, étant précisé que cet hôtel, s'il venait à exister, devrait être à proximité immédiate de l'hôpital. Il y avait une opportunité au 22-24 de l'Avenue de Beau-Séjour, l'ancien immeuble de la DGS. Il a finalement été décidé de s'orienter plutôt vers un centre de chirurgie ambulatoire, ce qui correspond plus aux besoins de la population genevoise et aux besoins en formation des chirurgiens et des anesthésistes. Si Reliva revient avec une autre offre ailleurs, il pense que les arguments économiques resteraient les mêmes. Ce serait un magnifique modèle économique pour Reliva car c'est l'Etat qui met le terrain à disposition et la caisse de pension qui construit. De plus, la garantie de fréquentation de leur hôtel serait de 80%.

Sur question d'une commissaire Vert, qui se demande si la partie purement hôtelière à Lausanne est aussi payée par les assurances maladie, M. Levrat répond qu'il y a une vingtaine de chambres qui constituent un hôtel par exemple pour les proches, mais il précise qu'il s'agit dans ce cas d'un véritable hôtel.

## Débats

Le président indique avoir fait parvenir à la commission l'étude de faisabilité du constructeur et rappelle que la décision d'auditionner la direction du CHUV n'avait pas encore été prise.

Un commissaire socialiste considère qu'il est intéressant d'entendre le CHUV, car les HUG ont présenté le CHUV comme des gens qui se sont fait avoir par une société privée. Il pense que les responsables du CHUV ne sont pas aussi naïfs que cela.

M. Poggia estime que M. Canonica et M. Levrat ont plutôt dit que la société ne prenait pas beaucoup de risques car on lui met un outil clé en main avec 80% d'occupation assurée. Ils ont aussi dit qu'ils attendaient de voir si cet hôtel des patients répondait à un réel besoin du CHUV, même s'ils ont pour le moment des doutes sérieux à ce sujet.

Sur question d'une commissaire MCG qui se demande s'il ne serait pas plutôt judicieux d'entendre la société Reliva, le président indique qu'il existe, autour de cette motion, un gros lobbying de la part de cette société, ce qui

l'énerve quelque peu. Il ajoute qu'il voudrait d'abord entendre le point de vue du CHUV, notamment car il a entendu qu'ils avaient moins de lits que les HUG et qu'ils avaient donc peut-être plus besoin d'un coussin de sécurité que les HUG.

### **Audition de M. Olivier Peters, directeur général adjoint du CHUV**

M. Peters explique qu'il a commencé son activité dans la santé en 2004 au département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. Il a fait deux ans dans l'organisation de l'aide sociale, puis dans la gestion des hôpitaux. Il a repris en juin 2006 la direction administrative et financière du CHUV jusqu'à l'été 2013 (activités non médicales). Il a pris la tête de l'unité de direction assurances, maladies et accidents au sein de l'OFSP. Depuis le 3 janvier 2017, il est de nouveau au CHUV comme directeur général adjoint.

Concernant le projet lausannois, M. Peters mentionne qu'il a participé à la négociation des contrats. Le projet a débuté durant les années 2010-2011. Le CHUV a été confronté à un problème, à savoir un engorgement chronique. Ce fut une opportunité de développer de nouvelles méthodes de prise en charge, notamment dans la chirurgie ambulatoire et dans la chirurgie viscérale. Il s'agit d'une réflexion systématique pour minimiser l'impact négatif que peut avoir une hospitalisation sur les patients. Ils ont visité les hôpitaux universitaires de Mannheim et y ont vu quelque chose de très intéressant : une unité de soins différenciée du reste de l'hôpital, mais située à l'intérieur de l'hôpital avec une partie consacrée essentiellement à l'obstétrique et une autre partie consacrée aux autres branches de la médecine. Après cette visite, ils ont essayé d'identifier le nombre de patients transférables dans une telle structure au sein de l'hôpital. Ils ont passé en revue les catégories de patients service par service et ont retrouvé un peu la même situation, à savoir : des patientes en obstétrique ; des patients hospitalisés pour surveiller un risque médical, mais qui ne sont pas malades au point d'avoir besoin de soins dans leur lit ; des patients soumis à des traitements ambulatoires intensifs et qui peuvent difficilement rentrer à la maison ; et des patients dans la deuxième phase de leur séjour hospitalier, pendant laquelle on peut les mobiliser, mais pas encore les laisser partir à la maison parce qu'ils ont besoin d'un suivi médical ou de soins infirmiers. Ils ont identifié un potentiel de 70 à 80 patients de ce type au CHUV et ont commencé à négocier avec le partenaire qui gère cet hôtel des patients pour assurer le financement de ces constructions. Un hôtel des patients est plus intéressant, car une nuit à l'hôtel des patients coûte 325 F par patient et par nuit contre le double à l'hôpital. La première raison pour ce projet découle donc des coûts. La deuxième raison est l'effet mobilisateur de sortir le patient

de la situation dans laquelle il attend dans son lit à une situation où il est plus autonome. Cela permet de le guérir plus rapidement et d'avoir un effet psychologique de retour à la vie normale. L'établissement se trouve à proximité immédiate du CHUV et est une continuation de l'hôpital. La responsabilité du CHUV s'arrête à la sortie de l'hôtel des patients, pas à l'entrée. Les mêmes médecins doivent assurer le suivi et le CHUV reste engagé sur ce suivi. Le CHUV a choisi cette formule pour des raisons de compétence et de rapidité. La société partenaire disposait des compétences spécifiques dans l'hôtellerie. Le CHUV est engagé dans énormément de projets d'infrastructures. Cet hôtel des patients est assez petit et a pu être délégué à un partenaire externe dans des conditions-cadres. La plateforme de chirurgie ambulatoire a des synergies avec l'hôtel des patients.

Un commissaire PLR signale que Genève est un tout petit canton, fort différent du canton de Vaud qui a des régions montagneuses difficiles d'accès en hiver. Il demande à M. Peters quel regard il porterait sur ce projet transposé dans un canton-ville comme Genève. Il demande également 1) si le projet monté est rentable ou s'il doit être subventionné par l'Etat et comment se fait le paiement de l'hôtel ; 2) si les patients sont à la charge de leur assurance maladie ou s'il y a un arrangement de nature différente ; 3) si le CHUV a une comptabilité différente selon le type de prise en charge ; 4) si ces 650 F représentent la moyenne du coût de la nuit hospitalière au CHUV ; 5) si le personnel de l'hôtel est hospitalier, sous contrat du CHUV ; 6) si les médecins interviennent sur place dans l'hôtel ; 7) à quelle distance à pied se trouve l'hôtel depuis le CHUV.

M. Peters lui répond que les femmes qui viennent d'accoucher sont des patientes qui préfèrent un environnement plus confortable et qui ne sont pas dépendantes d'un lieu. Il pense que la partie des patients vivant loin de l'hôpital est relativement faible. En raison de la croissance des naissances estimée pour ces prochaines années, ils devraient agrandir la maternité. La deuxième clientèle comprend les patients ayant eu une intervention chirurgicale et dont les douleurs sont maîtrisées. Il est mieux de bouger que de rester allongé dans un lit. Le troisième secteur important concerne les périodes de diagnostic, car ils ont besoin d'avoir les patients sous la main. D'autre part, l'hôtel des patients est à 500 mètres, ce qui force les médecins à bouger. Il explique que les patients demandent leur transfert à l'hôtel, que l'écho est excellent pour l'instant et que la satisfaction est très bonne. L'effet conjugué de l'engorgement, la demande des patients et un peu de travail de promotion pourront les amener à un taux d'occupation proche de la cible, qui a été fixée à 70% pour 105 chambres. Il signale qu'ils sont actuellement à la moitié de la cible et que le CHUV paye la moitié des chambres sans les

utiliser. S'ils avaient construit un nouveau bâtiment d'hospitalisation, cela aurait aussi un coût. Il indique que le gros des coûts d'un séjour hospitalier a lieu au début avec le diagnostic et les opérations. Cela descend très rapidement et se stabilise ensuite. Les 600 F sont une moyenne acceptée dans les milieux hospitaliers.

Sur question d'un commissaire PLR, qui demande si ces patients sont considérés comme des patients hospitalisés par les caisses maladie ou s'il y a une différence selon le type de patients, M. Peters répond que les caisses paient l'hôtel des patients comme une autre unité sur le site du CHUV. Il s'agit de journées d'hospitalisations nécessaires. Les critères sont strictement les mêmes. S'ils dépassent les délais admissibles, les assureurs viennent vers eux demander des rabais de factures. La responsabilité du CHUV est strictement la même et les médecins sont les mêmes. Le CHUV économise de l'argent par cette prise en charge et les assureurs sont contents. Les soins à l'hôtel des patients correspondent aux soins au CHUV. Les médecins passent une fois par jour.

Sur question du même commissaire PLR, qui demande s'ils ont du personnel infirmier, M. Peters répond qu'il s'agit du personnel infirmier du CHUV et plutôt de la tranche qualifiée parce qu'ils ont une variété de patients. Le personnel du CHUV est mis à disposition de l'exploitation pour avoir une seule équipe infirmière et hôtelière. Il indique qu'il est très important qu'ils travaillent bien en équipe et qu'il y a une communication fluide entre les parties. Le taux d'absence est beaucoup plus faible que dans un hôpital, l'implication du personnel est plus importante avec un feedback direct des patients. Il relève que c'est plus motivant pour les équipes.

Sur question d'un commissaire PDC qui demande combien de lits supplémentaires le CHUV aurait dû créer s'il n'y avait pas l'hôtel des patients et demande s'il y a des patients d'autres cantons, M. Peters répond qu'il ne sait pas ce que le CHUV aurait fait, mais sans doute quelque chose de même grandeur et précise que les patients extracantonaux représentent environ 14-15% de la patientèle.

Sur question du même commissaire PDC, qui demande combien de lits à l'hôtel des patients à Mannheim, M. Peters répond que c'est comparable.

Sur question du même commissaire PDC, qui aimerait savoir combien d'autres hôtels des patients existent en Europe, M. Peters répond qu'il y a des concepts patients, mais que pour la clientèle DRG, il y a seulement l'hôtel des patients à Mannheim. D'autres n'offrent pas de suivi médical ou moins de soins infirmiers. Ils sont plus utilisés comme de l'hôtellerie pour des patients qui habitent très loin ou pour les proches qui viennent en visite.

Sur question d'un commissaire socialiste, M. Peters répond que le personnel est sous contrat du CHUV, sauf le personnel hôtelier qui se trouve sous la convention collective de travail parasanitaire du canton de Vaud.

Sur question du même commissaire socialiste, qui demande si l'accueil des familles existe et s'ils ont beaucoup de demandes, M. Peters répond que c'est relativement fréquent pour des femmes qui viennent d'accoucher, mais que c'est moins le cas pour le reste de la patientèle. Cette offre commence à devenir plus intéressante et c'est important pour le sentiment de sécurité des patients.

Un commissaire UDC remarque qu'il y a une meilleure mobilisation et demande quels sont les critères qui la permettent et pourquoi il y a une meilleure mobilisation à l'hôtel des patients qu'à l'hôpital. M. Peters répond que les patients ne sont pas traités dans leur lit et qu'ils vont manger dans un restaurant normal au rez-de-chaussée. Ce retour à la mobilité personnelle sans l'entourage sanitaire fait bouger les personnes plus rapidement.

Sur question du même commissaire UDC, qui aimerait savoir si une telle mobilisation pourrait être réalisée dans un hôpital, M. Peters répond qu'un hôpital n'est pas fait pour cela, car l'espace y est réduit, ce qui n'encourage pas les patients à se promener individuellement. La réflexion dans les hôpitaux a porté sur l'intensification des soins ces dernières décennies, mais peu sur la désintensification. Ces principes s'inscrivent dans une même logique. On a besoin de structures hospitalières en raison de l'augmentation démographique. Il signale qu'ils essaient de transférer des patients vers des prises en charge plus légères, de ne pas étendre à outrance les infrastructures hospitalières et de choisir les moyens de prise en charge les moins invasifs.

Sur question d'un commissaire PLR, qui demande s'ils ont les moyens techniques de géolocaliser ces patients pour alarmer le personnel infirmier, M. Peters répond que les patients ont un bracelet d'alarme et que le système est très efficace.

Le président observe que pour l'essentiel des hospitalisations, une partie du séjour a lieu dans le bâtiment principal du CHUV, puis dans l'hôtel des patients. Il remarque que le patient peut être à l'hôtel et avoir des prestations ambulatoires au niveau du CHUV et demande si tous les cas sont pris en charge dans un forfait d'hospitalisation. M. Peters répond qu'un séjour est possible et qu'il est prévu dans le forfait DRG. Si les conditions ne sont pas remplies, le séjour est à la charge du patient. Les accompagnants ont les mêmes chambres dans l'hôtel des patients. S'ils accompagnent quelqu'un, ils le font à leurs propres frais.

Sur question du président, qui demande s'ils n'y a pas d'hospitalisation ambulatoire, M. Peters répond par la négative, mais cette possibilité reste ouverte. Il mentionne qu'ils travaillent sur un concept d'utilisation de l'hôtel des patients pour préserver une partie de la capacité de transition vers les EMS jusqu'à ce que la structure définitive soit à disposition.

Le président demande s'ils ont des situations dans lesquels un patient passerait deux jours en pré-ambulatoire à l'hôtel des patients, puis quelques jours au bâtiment des soins aigus pour retourner encore à l'hôtel des patients. M. Peters répond que c'est possible, mais qu'ils essaient d'éviter ce genre de situations et de limiter au maximum la période pré-ambulatoire.

### **Audition de M. Christoph Glutz, président, M. Dominique Freymond, administrateur, et M. Benoît Kemmling, responsable de projet de la société Reliva**

M. Freymond explique qu'il est vice-président du conseil d'administration de la société Reliva, basée à Zurich, et que M. Glutz est le fondateur de cette société, tandis que M. Kemmling est leur chargé de projet en Suisse romande, notamment chargé de l'exploitation de l'hôtel des patients à Lausanne. La société Reliva est basée sur l'expérience des pays scandinaves et de Mannheim, où l'hôtel des patients est en fonction depuis 2008. Cette idée permet de faciliter ou d'accélérer le rétablissement du patient, car il est plus responsable et autonome. Les patients libèrent ainsi des lits de soins aigus mis à disposition d'autres personnes qui en ont plus besoin. Il évoque l'avantage financier, à savoir que le coût dans un hôtel des patients est inférieur au coût dans un centre de soins aigus. Forts de cette expérience, ils ont déplacé ce concept en Suisse, plus précisément à Lausanne pour le CHUV, leur premier client. Il explique qu'il y a eu 5 ans de négociations pour aboutir à un partenariat privé, public et parapublic afin de monter cet hôtel, qui est opérationnel depuis septembre 2016. La société a un accord avec le canton de Vaud sur un droit de superficie et un contrat de prestations avec le CHUV. Le partenariat avec le domaine parapublic concerne le financement par la caisse de pension de l'Etat de Vaud.

M. Freymond mentionne qu'ils ont eu de nombreux contacts avec les HUG et qu'ils ont remis une offre pour un concept adapté aux HUG il y a deux ans. Ce projet n'a pas été retenu par les HUG à l'époque, parce que le site envisagé a été affecté à d'autres besoins. Il précise qu'ils sont à disposition pour étudier un potentiel hôtel des patients dans une variante mixte, soit d'une part le côté DRG avec des patients des HUG et d'autre part la situation complexe des personnes en situation intermédiaire avant de rentrer à domicile ou d'aller en EMS. M. Freymond relève les besoins très

spécifiques des HUG. Il mentionne qu'ils ont une brochure avec les activités de leur société et qu'ils gèrent 4 EMS en Suisse alémanique. Ils connaissent les conditions-cadres avec la partie établissement médico-social et les hôtels des patients.

Sur question du président, qui aimerait connaître plus en détail la réponse des HUG, M. Glutz indique que les HUG n'ont pas les mêmes besoins. Il remarque que les besoins des HUG sont un peu les mêmes que ceux du CHUV avec un potentiel pour des patients DRG, mais plutôt pour le soin et le traitement après la phase aiguë. M. Freymond mentionne qu'ils avaient présenté 3 variantes, soit une variante de base avec un hôtel des patients à 81 chambres, la variante maximale avec 92 chambres sur la base d'analyses de potentiel avec les HUG, ainsi qu'une variante mixte qui concernait aussi la chirurgie ambulatoire prévue dans le bas du bâtiment. Finalement, les HUG ont décidé d'utiliser ce bâtiment pour d'autres besoins et ont dit que le concept ne leur convenait pas tout à fait.

Un commissaire PLR remarque que le canton de Vaud est beaucoup plus grand et présente des difficultés de déplacement qui n'existent pas à Genève. Il demande si cela impacte la légitimité de concevoir un hôtel pour patients dans un canton-ville comme Genève. Il remarque qu'il y a une pénurie de lits en soins aigus au CHUV, mais ne pense pas que ce soit le cas à Genève. Il demande comment les coûts sont pris en charge dans le canton de Vaud, si une partie est prise par l'assurance et s'il y a différents cas de figure selon les patients. Il demande s'il y a une participation de l'Etat comme c'est le cas pour les DRG et s'il y a un tarif préférentiel pour les familles accompagnantes.

M. Freymond répond que le concept de base concerne des personnes en type DRG, prises en charge par le forfait DRG. Ils facturent leurs prestations directement au CHUV. Le CHUV sait que les jours passés dans une chambre de soins aigus reviennent entre 600 à 1000 F. Ils facturent 325 F à l'hôtel des patients, ce qui comprend la chambre, le repas et une heure de soins, en réalité 100 minutes. Cela représente une économie financière pour le CHUV qui a le forfait DRG. Il précise que les assurances acceptent ce système et que le forfait change au fil des années. S'il y a un hôtel des patients, les DRG seront peut-être revus. Concernant les familles accompagnantes, le conjoint qui veut dormir dans la même chambre ne paie que 30 F, y compris le petit-déjeuner. Dans le cadre de l'accouchement, il est très apprécié que la famille puisse venir dans son ensemble.

M. Glutz signale qu'ils ont reçu un projet pour l'hôpital universitaire de Bâle, une ville comparable à Genève et qu'ils ont fait une analyse du potentiel des patients, mais ne voient pas une grande différence. A Lausanne,

la plus grande portion des patients vient de l'obstétrique, de la gynécologie et de l'oncologie. Ce sont plutôt les caractéristiques des patients qui déterminent si le concept d'hôtel des patients fonctionne et non la distance. Il relève que c'est un facteur, mais pas le facteur principal.

M. Freymond ajoute qu'un hôtel des patients n'est pas un établissement de réhabilitation et qu'il s'agit d'un séjour de 4 à 5 nuits maximum. Il doit se trouver dans un rayon maximum de 200 à 300 mètres de l'hôpital, parce que les patients sont sous la responsabilité de l'hôpital et que les infirmières et les médecins doivent se déplacer.

Sur intervention d'un commissaire PLR, qui évoque la pénurie, M. Freymond répond que le taux d'occupation des soins aigus est proche des 97-98%. Avec ce concept d'hôtel des patients, cela leur a permis de gagner 10% de chambres. La situation est différente aux HUG, où le potentiel analysé était de 60 à 80 lits, mais il s'agit d'une étude faite il y a 2 ans.

Sur demande d'un commissaire EAG, qui se demande comment sont fixés les salaires, M. Kemmling explique que le personnel médical est mis à disposition par le CHUV et que la hiérarchie est la même. Ils ont conclu la CCT parapublique vaudoise sanitaire. Le personnel du CHUV est toujours sous la responsabilité du CHUV dans le respect des normes du CHUV. M. Freymond explique que l'organisation médicale est sous la responsabilité du CHUV et mentionne qu'il y a en permanence un service de soins dans l'hôtel des patients 24h/24. S'il faut amener un patient au CHUV, il y a un service de navette, voire une ambulance qui amène immédiatement la personne au CHUV.

Sur question d'un commissaire PDC, qui demande s'il y a une limitation du nombre de jours pour le séjour à l'hôtel des patients, si un mandat a été donné par le gouvernement bâlois ou s'il a renoncé à agrandir l'hôpital et à faire un hôtel des patients, M. Freymond répond que si le DRG prévoit 5 jours, 3 jours ou 10 jours, le CHUV gère cela. Les assurances n'interviennent pas sur cet aspect. M. Glutz ajoute que l'idée n'est pas de prolonger le séjour, ce qui serait contraire aux exigences envers l'hôpital. Le régime DRG est très strict avec le séjour. Concernant Bâle, il s'agit d'un besoin de l'hôpital universitaire qui a une occupation très élevée. Ils ont développé le projet et il est très important d'avoir un lien très étroit avec l'Etat pour le suivre. Il faut le lien avec l'hôpital universitaire, avec les services de la santé publique du canton et il faut aussi un investisseur immobilier, normalement une caisse de pension.

Sur question du même commissaire PDC, M. Glutz répond qu'ils prévoient environ 80 lits à Bâle.

M. Freymond indique que l'hôtel répond aux normes de santé et d'hygiène et que les chambres sont adaptées aux personnes pouvant avoir un handicap. Il s'agit d'un travail très étroit avec le service de la santé.

Un commissaire UDC relève que la somme facturée est inférieure à la somme encaissée par le CHUV qui fait un bénéfice, alors que le patient est assuré pour une prestation dans une chambre d'hôpital. Il remarque qu'ils offrent un service plus léger, moins cher et que le CHUV encaisse le bénéfice, alors que la personne s'assure pour une prestation.

M. Freymond répond qu'il faut voir le confort de la personne. Dans une chambre de soins aigus, le matériel a un certain prix. Tant que la personne a besoin de ces soins, elle reste à l'hôpital. A un moment, elle n'en a plus besoin et va ainsi à l'hôtel des patients. Elle bénéficie alors d'une chambre individuelle qui facilite son rétablissement, mais il n'y a pas de perte de qualité de prestation.

Le même commissaire UDC déclare qu'il entend bien que ce matériel est inutile à un certain stade de l'hospitalisation, mais il n'en reste pas moins que la personne a payé pour cet appareillage. Il comprendrait qu'ils facturent 325 F au CHUV et que les assurances paient 325 F. Si l'assurance rembourse 600 F, ils reçoivent 325 F et le CHUV encaisse 275 F, ce qui constitue un surcoût. Il comprend le concept, mais souligne que ce système de facturation avec un encaissement de la part du CHUV le dérange.

M. Glutz explique qu'à Bâle, les assurances sociales sont très élevées. A court terme, le commissaire a raison et il s'agit d'un bénéfice pour le CHUV. A la longue, on fait un calcul des coûts. Si le coût diminue pour le CHUV, la facture du CHUV diminuera. Le CHUV deviendra plus compétitif vis-à-vis des autres hôpitaux. Il pense que le système de santé suisse va s'améliorer à la longue.

Le même commissaire UDC observe que cela rend le CHUV plus compétitif, puisqu'il bénéficie d'une marge financière venant des cotisations des patients. M. Kemmling répond qu'avec l'introduction des forfaits DRG, une hospitalisation dure 5 jours et l'assurance rembourse ces 5 jours. Ils offrent un lit dans l'hôtel des patients. Le patient doit toujours être suivi, car le DRG le définit ainsi. En tant que patient, il passe 5 jours à l'hôpital, mais avec un suivi plus léger. Plutôt que de payer 600 F, le CHUV est plus efficace. En plus, le patient n'a pas l'impression d'être à l'hôpital.

Le même commissaire UDC signale que cela revient à ce qu'un patient ait une chambre occupée au George V tout en étant logé au Formule 1, la différence de prix servant à renouveler le George V. M. Freymond répond qu'il s'agit du George V médicalisé avec tout un équipement et après d'une

chambre dans un hôtel trois étoiles. Le patient n'a plus besoin d'un équipement lourd à l'hôtel des patients.

Sur observation du même commissaire UDC, qui déclare que le patient paie pour un équipement lourd dont il n'a plus besoin, M. Freymond répond qu'il s'agit du modèle DRG.

Un autre commissaire UDC demande s'ils ont estimé la plus-value au niveau de la guérison durable des patients. Pour que les patients guérissent durablement, il faut aller plus loin, offrir des thérapies de relaxation, un renforcement du système nerveux. Cela manque aujourd'hui parce qu'on bourre les gens de médicaments et jamais de thérapie de désintoxication. M. Kemmling répond que le bâtiment est ouvert depuis novembre 2016 et indique que sur 3000 nuitées, la satisfaction est très positive. Le patient se sent à l'aise à l'hôtel des patients. Par rapport aux statistiques sur les retours, il mentionne qu'environ 3% des patients ont dû retourner au CHUV dans le bâtiment principal. Il est difficile de quantifier le suivi qui est de la responsabilité du CHUV. Les statistiques devraient sortir dans une année.

M. Glutz explique qu'ils ont créé le concept au CHUV, mais qu'il ne s'agit pas d'un produit fini. Ils ont l'intention de voir quels sont les besoins réels du patient. Ils envisagent de mettre en place de la physiothérapie pour le patient dans le bâtiment, ainsi que d'autres adaptations. M. Freymond observe qu'il s'agit de courts séjours. Ces services sont extrêmement importants pour la réhabilitation. Il indique que la durée moyenne tourne autour de 3 à 4 jours.

Sur question d'un commissaire MCG, qui demande s'il y a de grosses différences entre le CHUV et Genève au niveau des prestations, M. Freymond répond que le CHUV avait un problème avec les chambres en soins aigus et l'hôtel des patients leur a permis de gagner 10% de chambres. Aux HUG, cette occupation ne semble pas aussi tendue. La pression au niveau des soins aigus est la grande différence, ce qui change le modèle.

Sur remarque du même commissaire MCG, qui relève qu'il faut que ce soit proche de l'hôpital et signale ne pas avoir le souvenir d'une parcelle proche de l'hôpital, M. Glutz répond qu'ils ont eu un projet avec les HUG à l'avenue de Beau-Séjour dans un emplacement idéal, mais les HUG ont finalement décidé de réaliser un autre projet. M. Freymond ajoute que c'est l'une des plus grandes contraintes et rappelle qu'il ne faut jamais dépasser les 300 mètres. Après, cela devient trop lourd pour le déplacement du personnel infirmier et des médecins.

Un commissaire socialiste évoque le modèle élargi et le rapport de planification sanitaire UATR et UATM. Il s'agit d'éviter les hospitalisations

et de laisser la personne proche du lieu où elle habite. Il pense qu'il est contradictoire de rapprocher cela de l'hôpital. Il ne faut pas donner à une personne qui va dans un UATR l'impression qu'on l'hospitalise. M. Freymond répond qu'ils sont dans un hôtel, ce qui donne une autre impression qu'à l'hôpital. L'objectif consiste à trouver une solution pour les séjours intermédiaires et d'avoir une structure de type hôtelier pour faciliter l'aspect psychologique pour le patient. Dans l'hôtel des patients, il y a 7 ETP d'infirmières et un restaurant de qualité.

Sur observation du même commissaire socialiste, qui évoque le patient à court terme dans un établissement médico-social, M. Glutz répond que c'est l'idée centrale proposée aux HUG. Selon les réponses reçues sur le projet des HUG, la grande nécessité se situe sur les patients qui ont passé la période aiguë, mais qui restent encore dans le système hospitalier des HUG parce qu'il n'y a pas de chambres disponibles ailleurs. Il évoque l'exemple de l'hôpital cantonal de Lucerne. Leur EMS est très proche de Lucerne et offre beaucoup de séjours temporaires afin que l'hôpital cantonal de Lucerne puisse libérer des chambres en soins aigus. Il s'agit de patients âgés pour des séjours de deux semaines à deux mois. C'est exactement ce que pourrait offrir un tel service aux HUG. M. Freymond observe que M. Levrat a parlé d'un engorgement aux HUG par des personnes en attente d'un placement dans un EMS.

M. Glutz explique que s'ils rendent un service complet dans le domaine de la santé, ils ne paient pas la TVA. S'il y a une facturation hôtelière, ils sont forcés de prélever la TVA. C'est un service complet qui inclut les soins et la prestation médicale sans TVA, et le CHUV envoie une facture pour le personnel. La structure sert à éviter ce problème de la TVA.

Sur question d'un commissaire PLR, qui demande si les soins sont similaires à l'hôpital, M. Glutz répond que cela n'impacte pas le patient et que ça se passe uniquement entre l'hôpital et les assurances. Il mentionne qu'ils pensent créer un deuxième étage et cela demande plus de sages-femmes. M. Freymond signale qu'il y a une chambre spécifique pour l'obstétrique. Il indique que les femmes apprécient d'avoir du tartare après l'accouchement vu qu'il y a un restaurant dans l'hôtel. Il observe qu'ils s'adaptent aux besoins de leur clientèle.

Un autre commissaire PLR observe que le CHUV se fait facturer 350 F pour un ensemble de soins et facture à l'assurance et à l'Etat une somme nettement plus élevée. Il pensait savoir qu'en LAMal ambulatoire, le prestataire n'avait pas le droit d'encaisser des avantages qui pourraient abaisser ses coûts et ne sait pas si cela s'applique à un stationnaire. Dans les DRG, le nombre de points à calculer est en fonction des coûts. Il demande si

une prochaine évaluation DRG ne va pas constater que le CHUV s'est arrangé pour avoir des prestations moins onéreuses et qu'il sera alors question de rabaisser le point DRG. M. Freymond répond que dans certains cas, le CHUV est plus efficace sans passer par l'hôtel des patients. Dans d'autres situations, c'est beaucoup plus cher que le forfait DRG. Si la personne reçoit plus, on ne lui demande pas une facture supplémentaire. Il signale qu'il faut avoir une approche statistique et non individuelle.

M. Glutz signale que le système DRG comporte deux éléments importants : les points sont particuliers pour chaque hôpital et le tarif varie par type d'opération. Pour les hôpitaux, il est très important de voir l'évolution en comparaison avec le « marché ». Si le CHUV installe ce concept d'hôtel des patients et épargne 40% sur les patients, cela diminuera ses coûts et ses tarifs, parce qu'il deviendra plus concurrentiel.

Sur question d'une commissaire PLR, qui demande si le point DRG va baisser à terme, M. Glutz observe que c'est une amélioration pour le système suisse. Il rappelle que le canton paie un pourcentage de 45% lié au DRG.

M. Freymond explique que les lits libérés permettent de répondre aux besoins d'autres patients. Ainsi, le confort de la personne est renforcé et elle se rétablit plus vite. Il rappelle l'avantage financier pour le CHUV qui devient plus compétitif.

Le même commissaire PLR évoque le type de pathologies et demande s'ils facturent en ambulatoire ou si tout est considéré stationnaire. M. Gluck explique que l'idée consiste à ce que l'hôtel des patients soit utilisé pour l'ambulatoire. Pour l'instant, la grande majorité est représentée par des patients en soins aigus en DRG. Il signale qu'ils ont discuté avec le CHUV de la tendance nationale et qu'ils devront maintenir des discussions pour le financement avec les assureurs privés. Il précise que ce ne serait plus la facturation du CHUV, mais de l'hôtel des patients aux assureurs pour des prestations d'hébergement.

Un commissaire PDC demande s'ils ont des statistiques sur Mannheim au sujet du temps d'hospitalisation. Si un hôpital veut faire un peu de bénéfice, il enverra les gens à la maison. Il demande si les gens peuvent rester un ou deux jours de plus pour des coûts moindres. M. Glutz répond que ni Mannheim ni Reliva n'ont l'intention de prolonger le séjour. L'intention avec l'introduction du DRG était de rendre le séjour plus efficace et plus court pour diminuer les coûts du système sanitaire. Pour un séjour de 3 jours en vue d'un accouchement simple, les mamans viennent à l'hôtel des patients, se rendent au CHUV pour l'accouchement, puis reviennent à l'hôtel des patients. Le DRG est alors fini, mais elles apprécient l'hôtel des patients. Si

elles disent qu'elles aimeraient rester encore un ou deux jours, c'est possible, mais ce sont à elles de payer. Le tarif ne serait pas de 325 F parce qu'elles n'auraient pas besoin de soins. Ce serait donc le prix hôtelier, soit 140-150 F pour la nuitée et le petit-déjeuner.

Sur question d'un commissaire des Verts, qui demande sur quoi ils paient la TVA, M. Glutz répond que si la maman choisit de rester, ils paient alors la TVA sur sa facture de nuit d'hôtel.

Un commissaire UDC observe que la maman reste trois jours sous le forfait DRG facturé au CHUV. Le quatrième jour de prolongation a déjà été payé au CHUV puisque c'était le double en termes de tarif. Il pense qu'elle devrait avoir le droit de rester. M. Freymond répond que ce ne sont pas les mêmes caisses. Tant que la personne est sous le forfait DRG, elle est sous la responsabilité du CHUV. Il précise que quand elle sort, elle devient une cliente hôtelière normale. Il pense qu'on ne peut pas mélanger les deux choses.

Sur question de M. Poggia, qui demande si le CHUV a un taux d'occupation de 80%, M. Glutz répond qu'il est de 70%. Il précise que l'hôtel des patients a 114 chambres et 105 sont uniquement dédiées au CHUV. Les 70% sont calculés sur les 105 chambres. Il précise que le taux d'occupation est de 30% et est en augmentation constante. Il pense qu'il faudra environ 2 ans.

Sur question de M. Poggia, qui demande si le CHUV paie le forfait pour 70%, M. Freymond répond qu'il le paie pour une occupation à 70%. Il remarque qu'une partie des prestations se fait à vide, mais le fait de libérer des lits de soins aigus permet au CHUV d'équilibrer les comptes.

Sur question de M. Poggia, M. Glutz répond que le taux d'occupation global est de 40 à 45% et indique que le montant du CHUV est beaucoup plus bas que ces 325 F, car il s'agit uniquement de la marge qu'ils perdent, parce qu'ils n'ont pas l'occupation prévue.

M. Freymond signale qu'ils travaillent à livre ouvert, ce qui permet de négocier les tarifs avec le CHUV de manière transparente, et précise que la direction du CHUV a accès à leur comptabilité. Il explique que si le compte est positif à Lausanne, 25% du résultat positif sera donné au CHUV.

Sur question d'une commissaire Verte, M. Freymond confirme que 70% des chambres sont garanties, mais que 40% sont vides en permanence. Il explique que ce concept demande du temps aux médecins dans la manière de fonctionner. Il remarque qu'ils doivent convaincre petit à petit. M. Peters doit aider les médecins à changer leur pratique.

## Débats et vote

M. Poggia signale que la question soulevée par cette motion est pertinente. Le département a envisagé d'ouvrir un hôtel des patients, mais a répondu par la négative, parce que les problématiques du canton de Vaud ne sont pas les mêmes. Il remarque que cet hôtel n'a d'hôtel que le nom et que, pour la partie dédiée au CHUV, il s'agit de chambres dédiées aux patients avec un encadrement médical. Le CHUV a délégué la partie hôtelière à un tiers qui s'en charge mieux. Il se demande pourquoi le CHUV n'a pas lui-même construit un bâtiment. A Genève, le bâtiment des lits numéro 2 répond aux besoins. A Genève, petit canton, le système des soins à domicile est particulièrement efficace. La position du département et des HUG est qu'il n'y a pas de nécessité à mettre un terrain à disposition d'une caisse de pension pour la lier à une société d'exploitation privée. Le recul par rapport à l'expérience vaudoise n'est pas suffisant. Concernant les invites, il a examiné la proposition des unités d'accueil médicales temporaires. Il y en avait 7 et bientôt il y en aura 8. Ce sont des lieux à cheval entre le domicile et l'hospitalisation. A Genève, les distances sont très courtes en comparaison du canton de Vaud. Il indique que le Conseil d'Etat n'est pas d'accord avec la troisième invite

M. Bron remarque qu'ils avaient besoin d'une interrogation sur le modèle et qu'il n'y a aucune évidence que ce serait efficace en termes de coûts. Les chiffres évoqués ne permettent pas de dire qu'il y a une amélioration de la prise en charge du patient. Il observe qu'il s'agit de patients avec moins de besoins que ceux qui vont rester à l'hôpital et se demande si c'est plus efficace que le réseau. Il n'y a aucune évidence à ce stade.

M. Poggia précise qu'il n'y aura aucun gain sur les coûts de la santé. Le CHUV facture comme si la personne était au CHUV et la différence correspond au fait de mettre ces gens ailleurs tout en laissant croire que la personne est au CHUV. La construction est problématique à ce niveau.

Un commissaire UDC déclare que le groupe UDC est particulièrement dérangé par ce différentiel de coûts. Il remarque que le raisonnement serait d'imposer des génériques moins chers tout en facturant aux caisses maladie l'original plus cher pour équilibrer les coûts.

Un commissaire Vert déclare que les Verts étaient assez méfiants avec cette idée et que les auditions les ont confortés dans cette position. Dans le canton de Vaud, la réflexion a été lancée parce qu'il y avait un besoin de lits. Genève n'a pas besoin de lits. Elle demande ensuite pourquoi l'Etat ne pourrait pas faire cela pour baisser les coûts de la santé sans avoir un hôtel privé trois étoiles. Elle évoque l'économie sur les DRG qui serait réalisée par

l'Etat parce qu'il facturerait moins et paierait moins. Elle relève que le CHUV a dû garantir des lits qui ne sont pas utilisés et elle ne voit pas où est l'économie. Elle observe que l'entreprise privée a des patients, qu'on lui paie ses chambres, qu'elle n'avait pas d'investissements à faire pour le bâtiment et qu'en plus, il ne paie pas la TVA. C'est la poule aux œufs d'or. Elle n'a pas compris comment les patients guérissent mieux. Elle refusera donc ce projet.

Un commissaire PDC rappelle que ce projet est soutenu par un socialiste, M. Maillard, et par M. Cramer, ancien Conseiller d'Etat. Il relève que la gauche ne semble pas absolument opposée à ce genre de projets et pense qu'il faut répartir les coûts de la santé de manière différente. Le canton de Vaud n'investit pas dans des bâtiments nouveaux, mais dans un hôtel des patients. Une femme qui accouche aura des prestations de clinique privée et voudra donc y aller. Cela fait hurler tout le monde parce que des gens gagnent de l'argent. Il signale que cela ne gêne pas les Suisses allemands. Il rappelle que l'hôpital dit qu'il ne faut pas laisser faire le privé, mais il y a une pharmacie dans un hôpital public. Tout le monde trouve son compte dans cet exemple. Il demande pourquoi ne pas proposer un partenariat sachant que les caisses de pension sont très intéressées à investir dans ce genre de projets. Cette motion pose une question intéressante et, dans sa vision libérale de la société, elle correspond à ce que pense le PDC.

Un commissaire socialiste déclare que cette motion était une réflexion, qu'ils l'ont menée et qu'ils ont vu que les HUG sont arrivés à la conclusion que ce n'était pas nécessaire. Il observe que son préopinant parle de libéralisme, qui implique que l'investissement soit supporté par le privé dans ce système. Il remarque qu'ici, l'investissement du privé est garanti par l'Etat aux frais du système de santé. Le groupe socialiste n'acceptera pas cette motion.

Un commissaire MCG déclare que le groupe MCG n'est pas convaincu par le système financier mis en place et rappelle que les HUG et le département sont arrivés à la conclusion qu'ils n'étaient pas en faveur de ce projet. Le magistrat a parlé d'une augmentation des UATM qui pourraient servir d'intermédiaire entre l'hôpital et le retour à domicile. S'il faut mettre un hôpital des patients pour avoir des tartares, elle indique que le groupe MCG n'y est pas favorable.

Un commissaire PLR déclare que son groupe est perplexe et rappelle que la situation genevoise n'est pas la même qu'à Lausanne. Il pense que la motion confond deux concepts et explique qu'ils ont parlé principalement de l'hôtel des patients et non du concept des unités d'accueil temporaire médicales. Il demande pourquoi le département ne ferait pas une réponse plus étayée. Son groupe ne s'opposerait pas à voter cette motion à condition que la

troisième invite soit biffée. Ils ne peuvent pas dire qu'il faut mettre en place cette offre le plus vite possible.

Une commissaire Verte déclare que cela ne la gêne pas que des gens investissent pour gagner de l'argent. Elle remarque qu'ici, ce ne sont pas les mêmes qui investissent. Ils ont garantie de l'Etat et ne sont pas dans un modèle libéral. L'Etat paie à vide des chambres et un service qu'il pourrait fournir lui-même. Elle estime que le but consiste à trouver une façon de diminuer les coûts de la santé et mentionne que les gens veulent que les coûts des assurances baissent.

Une commissaire EAG déclare qu'elle va refuser cette motion et qu'elle partage les propos de sa préopinante. Elle pense qu'il s'agit d'un cadeau à une entreprise privée et qu'on pourrait développer les soins à domicile, ce qui remplacerait cet hôtel des patients.

Un commissaire PDC déclare qu'il est d'accord de supprimer la troisième invite et demande une réponse du Conseil d'Etat. Il observe que le projet est allé extrêmement loin avec des études poussées. Les HUG voulaient développer cette idée et, brusquement, ils n'avaient plus de locaux. Le Conseil d'Etat n'a pas d'obligation de suivre cette motion, mais il relève que ce modèle se développera dans tout le reste de la Suisse et que Genève sera en retard parce qu'ils ont une vision étatique de la santé.

Le président met aux voix l'amendement à l'invite n°3 (suppression) :  
~~à mettre en place le plus rapidement possible cette nouvelle offre de prise en charge.~~

Pour : 13 (3 S, 1 Ve, 1 PDC, 3 PLR, 2 UDC, 3 MCG)

Contre : –

Abstentions : 2 (1 EAG, 1 PLR)

**L'invite n°3 est supprimée.**

Le président met aux voix la motion 2300 telle qu'amendée :

Pour : 4 (1 PDC, 3 PLR)

Contre : 10 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 2 UDC, 3 MCG)

Abstention : 1 (1 PLR)

**La motion est refusée.**

## **Proposition de motion (2300-A)**

**pour la création d'un hôtel des patients ainsi que pour l'augmentation des unités d'accueil temporaires médicalisées, un nouveau concept d'hospitalisation**

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

- l'augmentation des coûts de la santé ;
- le devoir de mieux rentabiliser les équipements hospitaliers ;
- le fait que le remboursement des hospitalisations s'effectue, depuis 2012, par cas et non par jour d'hospitalisation ;
- l'augmentation des hospitalisations liées à une chirurgie électorive ;
- l'augmentation des structures dites d'aval (moins médicalisées) dans le cadre des HUG ;
- l'augmentation des personnes âgées entraînant la nécessité de prévoir, de plus en plus, des hospitalisations ne nécessitant pas de soins aigus ou complexes,

invite le Conseil d'Etat

- à étudier la possibilité de construire un hôtel des patients ;
- à étudier la coordination entre cet hôtel et les unités d'accueil temporaires médicalisées ;
- à mettre en place le plus rapidement possible cette nouvelle offre de prise en charge.



## **Hôtel pour patients aux HUG**

### **Evaluation économique**

**Août 2015**

**Catherine Vindret  
Direction des finances**

---

**Table des matières**

---

1. CONTEXTE .....	3
2. LE PROJET AUX HUG .....	3
3. POINTS CLÉS DE L'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE.....	4
4. ÉVALUATION ÉCONOMIQUE .....	5
4.1. CONTEXTE .....	5
4.2. MÉTHODE .....	6
4.2.1. <i>Identification du collectif de journées-patients</i> .....	6
4.2.2. <i>Estimation de l'impact financier</i> .....	6
3. RÉSULTATS .....	9
3.1. COLLECTIF DE JOURNÉES-PATIENTS .....	9
3.2. IMPACT FINANCIER .....	10
3.2.1. <i>Scénario « capacités suffisantes »</i> .....	10
3.2.2. <i>Scénario « engorgement »</i> .....	10
4. LIMITES .....	11
5. CONCLUSION .....	12

---

## 1. Contexte

---

Les hôtels pour patients sont des établissements créés à proximité de grands centres hospitaliers, dans l'objectif de libérer des lits de soins aigus par une meilleure orientation des patients.

Les patients ne nécessitant plus de soins lourds peuvent être transférés dans l'hôtel pour patients, alors que les lits libérés permettent d'accueillir de nouveaux cas nécessitant une prise en charge hospitalière plus intensive.

Le CHUV va ouvrir son hôtel pour patients à l'automne 2016, en partenariat avec Revila, et l'hôpital universitaire de Bâle l'envisage également.

Revila a également contacté les HUG pour proposer un partenariat semblable ; une analyse économique de cette opportunité a été demandée, et fait l'objet du présent rapport.

---

## 2. Le projet aux HUG

---

La proposition de Revila concernerait principalement des patients hospitalisés aux HUG en soins aigus, avec facturation DRG. Le patient serait transféré pour une partie de son séjour dans l'hôtel pour patient.

### Financement et prestations

Les HUG encaisseraient la recette DRG pour la totalité du séjour, soit la durée de séjour en soins aigus, plus celle en hôtel pour patient).

En contrepartie, les HUG paieraient à Revila un forfait journalier (le montant convenu pour le CHUV est de 325.-/ jour) pour les prestations suivantes:

- 1h de soins par jour
- Hôtellerie (chambre individuelle), avec pension complète, les patients devant se rendre eux-mêmes au restaurant.
- Mise à disposition de locaux : salles de soins, de consultation et de physiothérapie centralisées
- Exploitation de l'hôtel
- Financement immobilier.

La contribution des HUG serait la suivante :

- Mise à disposition de personnel : médecins, thérapeutes (ex : physiothérapeutes), éventuellement personnel de soins supplémentaire
- Les HUG garantissent un taux d'occupation de l'hôtel de 70%
- Eventuellement, mise à disposition du terrain (droit de superficie).

### Caractéristiques des patients

Les patients devraient répondre à certaines caractéristiques :

- Etre capables de se déplacer seuls, entre la chambre, les zones de soins et le restaurant.
- Etre autonomes (repas, toilette, habillement)
- N'avoir besoin que de soins de faible intensité
- Ne pas nécessiter de surveillance médicale continue

Les personnes accueillies dans l'hôtel pour patients pourraient aussi être des :

- Patients traités pour des soins ambulatoires avec prestations hôtelières (statut d'une maison de cure selon santéuisse)
- Accompagnants du patient (rooming-in)
- Auto-payeurs.

Le volume de lits pour patients qui pourraient potentiellement être transférés d'une structure de soins aigus fait l'objet d'une estimation décrite plus loin dans ce rapport.

De son côté, Revila avait communiqué une première estimation pour les HUG de 86 lits pour les patients traités en soins aigus et 28 lits pour patients en soins ambulatoires et accompagnants..

### 3. Points clés de l'évaluation économique

#### Collectif

Le collectif de journées transférables depuis les soins aigus vers l'hôtel pour patient a été estimé à l'aide de deux approches. La première se base principalement sur le PRN pour sélectionner les patients dont la charge en soins correspond à la dotation en personnel de soins de l'hôtel pour patients (1h de soins par jour). Et une autre approche basée sur les journées inappropriées identifiées par rapport à l'ALOS du DRG. Cette dernière se rapproche de la méthode utilisée par Revila, en limitant toutefois les journées avec moins de 2h de soins PRN par jour.

Dans les deux cas de figure, les journées n'ont été retenues que si le patient était transféré pour au moins 2 jours. Et les cas de maternité et les bébés ont été exclus (en raison de la nouvelle maternité et ses capacités importantes).

#### Résultat

Le nombre de journées-patients qui correspondent à ces critères est limité aux HUG:

- pour la méthode PRN : seulement 9'621 journées, correspondant à 33 lits (pour un taux d'occupation de 80%) ;
- pour la méthode journées inappropriées : 14'193 journées, correspondant à 49 lits.

Afin de ne pas démultiplier les scénarii, le collectif « méthode PRN », dont la lourdeur de cas correspond mieux à la dotation en soins de l'hôtel pour patients, est utilisé dans le reste de l'analyse.

Le résultat financier dépend des hypothèses suivantes :

- Au niveau des recettes :
  - o est-ce que l'hôtel pour patients permettra la prise en charge de cas qui n'auraient autrement pas pu être admis aux HUG par manque de capacité ? Ce qui permet de déterminer si des recettes supplémentaires sont à envisager. Avec un scénario « capacités suffisantes en soins aigus », il n'y a pas de cas supplémentaire, alors qu'avec un scénario « engorgement en soins aigus », la libération de lits de soins aigus grâce à l'hôtel patient permettrait d'accueillir de nouveaux cas DRG, donc de générer de nouvelles recettes.
  - o la subvention cantonale restera-t-elle constante, ou augmentera-t-elle avec l'augmentation du nombre de cas ?
- Au niveau des charges, la dotation en soins restera-t-elle constante, ou la dotation devra-t-elle être augmentée pour s'adapter à la lourdeur des cas (cas légers transférables en hôtel remplacés par des nouveaux cas plus lourds).

Le résultat a été simulé en fonction de ces différentes hypothèses. Parmi toutes les approches envisagées, les conditions qui doivent être remplies pour que l'impact financier de l'ouverture d'un hôtel pour patients aux HUG soit positif sont :

- o une hausse de l'activité qui n'aurait pas pu se faire sans l'hôtel pour patients (« scénario engorgement »),
- o avec une part cantonale qui suit la hausse de l'activité générée (impact financier entre CHF +3.8 à +7.8 millions selon l'hypothèse retenue concernant l'adaptation ou non de la dotation en soins).

Pour l'instant, ces deux conditions semblent peu probables : le risque d'engorgement chronique des lits de soins aigus n'est pas immédiat (capacités suffisantes à l'horizon 2022-2025, notamment avec l'ouverture de BDL2) et le lien entre hausse du nombre de cas et augmentation de la part cantonale est incertain.

Dans tous les autres scénarii, l'impact financier de l'ouverture de l'hôtel pour patients est négatif :

- de CHF -0.5 million-/an, pour le scénario « capacités suffisantes » : le coût de prise en charge dans les lits des HUG étant inférieur au forfait à payer à Revila : 272.-/jour vs 325.-/jour à l'hôtel.
- Jusqu'à CHF- 6.4 millions/an pour le scénario « engorgement », s'il n'y a pas de hausse de la part cantonale, et si la dotation en soins doit être augmentée pour des cas plus lourds.

### Conclusions

La probabilité d'un impact financier positif est jugée faible. Cette opportunité devrait cependant être réévaluée régulièrement étant donné l'important délai entre l'identification de la problématique d'engorgement et l'ouverture des lits. Et l'analyse pourra bientôt être enrichie de l'expérience du CHUV

Le manque de capacité futur face au vieillissement étant particulièrement important en gériatrie et réadaptation, l'hôtel pour patients pourrait être une solution pour dégager des capacités dans ces zones. Pour autant que les assureurs acceptent ce modèle de prise en charge dans les zones non aiguës, et que le profil de patients le permette. Dans le système actuel de forfait journalier, et avec un taux de couverture d'environ 70% dans ces zones, sortir les patients légers est particulièrement désavantageux. Cette analyse devrait être toutefois effectuée dans le contexte du système de tarification ST-REHA qui crée des incitatifs plus favorables à la sortie de l'hôpital des cas légers.

## **4. Evaluation économique**

### **4.1. Contexte**

L'évaluation de l'impact financier de cette opportunité dépend principalement d'une hypothèse de base essentielle : est-ce que l'hôtel pour patients permettra de prendre en charge des cas qui n'auraient autrement pas pu être pris en charge aux HUG par manque de capacité. Cette hypothèse détermine si des recettes supplémentaires sont envisageables ou s'il ne s'agit que d'un transfert de coûts de type outsourcing.

Avec l'ouverture de BDL2, malgré la diminution du nombre de lits par chambre dans BDL, les HUG disposeront de capacités en lits supérieures (+70 lits). En tenant compte d'une hausse du nombre de cas liée à la croissance démographique (planification hospitalière), l'évolution des besoins suivante est projetée par rapport à 2015:

2020	+5% donc +46 lits,
2025	+12% donc +105 lits
2030	+19% donc +169 lits.

Dans un contexte de risque de perte de cas frontaliers, la capacité en lits de soins aigus semble suffisante jusqu'entre 2022 et 2025. Des recettes supplémentaires liées aux nouveaux cas pris en charge dans les lits qui ont été libérés par le transfert de patients sont donc peu probables avant 2025, contrairement au CHUV qui a des besoins immédiats.

Malgré tout, cette opportunité est évaluée dans les deux scénarii, c'est à dire:

- Scénario « capacité suffisante » : transfert des patients légers dans l'hôtel pour patients qui évite des ouvertures de lits aux HUG, mais dans un contexte de capacités suffisantes des HUG à prendre en charge les nouveaux cas.
- Scénario « engorgement » (retenue par le CHUV) : transfert des patients légers dans l'hôtel pour patient permet de libérer des lits dans lesquels de nouveaux cas qui n'auraient autrement pas pu être admis sont pris en charge. Et de générer ainsi des recettes supplémentaires à coûts marginaux limités.

## 4.2. Méthode

### 4.2.1. Identification du collectif de journées-patients

---

Le collectif de patients est sélectionné selon deux méthodes :

#### *Méthode PRN*

Revila prévoit une dotation correspondant à une heure de prestations de soins par jour. On sélectionne le collectif de journées-patients qui correspond en moyenne à cette dotation à l'aide des minutes du relevé PRN.

#### *Méthode journées « inappropriées » :*

Pour chaque DRG, les journées qui dépassent l'ALOS d'un jour sont présélectionnées comme journées inappropriées. Afin d'éliminer les cas lourds, seules les journées avec moins de 2 heures de PRN sont maintenues dans le collectif.

Pour ces deux approches, des critères supplémentaires sont retenus :

- Le transfert d'un patient à l'hôtel pour patient pour une seule journée ne semblant pas raisonnable, un 2<sup>ème</sup> critère de sélection est appliqué : seuls les séjours avec plus d'une journée transférable à l'hôtel pour patients sont maintenus dans le collectif.
- Enfin, dans le contexte d'une nouvelle maternité avec des capacités élargies, cumulé avec le risque de perdre un certain nombre de patientes frontalières dans cette spécialité, il ne semble pas souhaitable de transférer les cas de maternité dans l'hôtel pour patients. Ces cas, ainsi que les bébés, sont donc également exclus.

### 4.2.2. Estimation de l'impact financier

---

#### Scénario « capacités suffisantes »

On estime tout d'abord le coût journalier de soins et d'hôtellerie du collectif de journées identifié ci-dessus lorsque les patients sont dans les lits des HUG. Ce coût est ensuite comparé au coût pour les HUG d'envoyer les patients dans l'hôtel pour patients (forfait journalier facturé par Revila).

Les coûts d'hôtellerie et de soins infirmiers de ces journées aux HUG sont estimés ainsi :

*Coût par minute de PRN x nb de minute moyenne journalières PRN prévisionnel des journées du collectif identifiées dans le point 1*

+

*Coût d'hôtellerie et de restauration par jour*

La différence entre les coûts dans les lits HUG et le forfait dans l'hôtel pour patients est multipliée par le nombre de journées identifiées dans le point 1.

### Scénario « engorgement »

Bien que ce scénario soit peu probable, une première évaluation sommaire de l'impact sur les coûts et les recettes dans le contexte d'une hausse de l'activité rendue possible grâce au transfert de patients dans l'hôtel est réalisée. On part de l'hypothèse que les cas supplémentaires qui pourraient être pris en charge sont parfaitement représentatifs du cas moyen du collectif DRG, tant au niveau des coûts que de sa complexité, de sa durée de séjour et de sa facturation. Cette hypothèse pourrait être revue si besoin en ciblant les spécialités dans lesquelles les capacités risquent de manquer.

#### *Impact sur les recettes*

Le nombre de cas supplémentaires qui pourrait être pris en charge est évalué ainsi :

*Nombre de journées libérées/DMS du collectif SWISSDRG*

Les recettes supplémentaires sont estimées ainsi :

*CMI collectif SWISSDRG x baserate (2015) x nombre de cas supplémentaires.*

La prise en compte ou non de la part cantonale dans le baserate est problématique. A Genève, avec une subvention de la part cantonale fixée en début du contrat de prestations, une hausse des cas ne génère que les recettes supplémentaires de l'assureur (baserate x 0.45). Cependant la subvention fixée dans le contrat de prestations devait tenir compte de l'évolution de l'activité, on pourrait également faire l'hypothèse que si la hausse de l'activité est prévisible, la subvention doit évoluer de manière appropriée. Et dans ce contexte, les HUG doivent s'assurer de leur capacité à prendre en charge les nouveaux cas. Les résultats sont donc présentés des deux manières, avec et sans la part cantonale.

#### *Impact sur les coûts*

L'impact sur les coûts est complexe à évaluer car il nécessite la différenciation de la part des coûts qui est fixe malgré la hausse de l'activité, de la part qui est variable avec l'activité.

Les coûts moyens par cas par composante de coûts 2014 (collectif SwissDRG) sont reportés ci-dessous :

Tableau 1 : Coûts moyens par cas et par composante de coûts

	Coût par cas
Total	15'733
<i>Par composante de coûts</i>	
14 Honoraires de médecins, médecins hospitaliers	511
26 Corps médical	1'928
20 Salles d'opérations	1'014
22 Urgences	128
23 Imagerie médicale et médecine nucléaire	295
24 Laboratoire (inclus dons sanguins)	638
25 Dialyses	24
27 Thérapies non médicales et conseil	184
28 Diagnostic médical et thérapeutique	59
31 Salle d'accouchement	188
32 Anesthésie	817
21 Unités de soins intensifs (SI) et intermédiaire care (IC)	1'552
29 Service de soins	4'504
10 Médicaments	372
11 Sang et produits sanguins	196
12 Implants	646
13 Matériel médical	241
19 Autres coûts directs	78
30 Hôtellerie	684
39 Autres fournisseurs de prestations	329
À1 Charges d'utilisation des immobilisations	1'343

Tout ce qui est en charge directe est bien sûr considéré comme un coût variable (exemple médicaments, implants). Cela inclut les forfaits journaliers facturés par Revila.

Pour le reste, on évalue la probabilité d'être en mesure d'absorber un plus grand volume à ressources constantes en fonction de l'importance de la composante de coûts dans le coût par cas.

- Pour les composantes de coûts principales que sont le corps médical, les soins intensifs ou la salle d'opération, la consommation en ressources humaines est significative pour chaque cas. A l'échelle des centaines de cas supplémentaires, il semble difficile d'absorber la hausse de l'activité sans création de postes, ces charges sont considérées ici comme variables.
- Par contre, les autres composantes de coûts (représentant une part relativement faible du coût du cas) sont considérées ici comme fixes (pas de création de postes malgré la hausse de l'activité) ; il s'agit des composantes suivantes :

Urgences (les cas arrivés en urgence ne dépendent pas de notre capacité en lits)

Imagerie médicale et médecine nucléaire

Laboratoire (inclus dons sanguins)

Dialyses

Thérapies non médicales et conseil

Diagnostic médical et thérapeutique

Salle d'accouchement(maternité exclue donc non relevant)

Autres fournisseurs de prestations

Charges d'utilisation des immobilisations

Hôtellerie

(Soins)\*

Les composantes de coûts considérées comme variables sont donc les suivantes (hors part overhead de 23% pour chaque composante de coûts)

- Coûts directs : médicaments, matériel, sang, implants...
- Les composantes de coût principales :
  - Corps médical
  - Salles d'opérations
  - Anesthésie
  - Unités de soins intensifs (SI) et de soins continus (intermediate care, IC)
  - Soins \* (pour les soins, 2 scénarii sont proposés, en charges fixes ou variables)

Pour les (soins)\*, on transfère des patients dans l'hôtel pour patients pour en prendre de nouveaux dans les lits aigus, ce qui ne devrait pas nécessiter de changement dans la dotation. Il faut cependant tenir compte du fait qu'on transfère les cas les plus légers pour prendre en charge des cas à lourdeur moyenne. Ce qui peut être problématique à dotation en soins constante.

Les deux scénarii sont réalisés :

1- soins en charges fixes : la lourdeur de cas supplémentaire est absorbée par le personnel actuel

2. soins en charges variables: les charges en soins augmentent proportionnellement à la hausse de la lourdeur des cas ainsi :

Coûts de soins marginaux:

$(\text{PRN journalier moyen HUG} - \text{PRN journalier des cas transférés}) \times \text{coût minute PRN} \times \text{nb de journées}$

### 3. Résultats

#### 3.1. Collectif de journées-patients

##### Méthode PRN

On obtient un collectif correspondant à la dotation de l'hôtel pour patients en fixant la limite à moins de 90 minutes de temps direct PRN.(69 minutes de PRN prévisionnel en moyenne, en tenant compte du taux d'adéquation, le collectif de journées correspond environ en moyenne à 54 minutes de soins).

Le nombre de journées identifiées évolue de la manière suivante avec les critères de sélection :

Tableau 2 : nombre de journées de soins aigus transférables à l'hôtel des patients en fonction des critères :

	Impact	Journées restantes
Critère 1 : Collectif <90 minutes:		22'265 journées
Critère 2 : au moins 2 jours ?	-5'506 journées	17'512 journées
Critère 3 : Hors maternité	-7'891 journées	<b>9'621 journées</b>

Les 9'621 journées d'hospitalisation de soins aigus concernent 2'612 séjours, avec 3.7 jours à l'hôtel pour patients en moyenne par cas (pour une DMS totale pour ces cas de 8.2 jours). Avec un taux d'occupation de 80%, ces 9'621 journées correspondent à environ 33 lits dans l'hôtel pour patients.

Bien que ces journées soient réparties sur de nombreuses unités, elles sont cependant concentrées dans les services SMIG (2'106), Chirurgie viscérale (1'072) et Neurologie (1'015).

### Méthode journées inappropriées

En appliquant le critère de journées supérieures à l'ALOS, croisé avec le critère PRN de moins de 120 minutes, 14'193 journées sont identifiées, correspondant à 49 lits. Comme pour la méthode précédente, elles concernent principalement les services SMIG, Chirurgie viscérale et Neurologie (respectivement 4'039, 2'074 et 1'273 journées).

La moyenne de minutes PRN de ce collectif de journées est plus importante, elle atteint 94 minutes de soins par jour. Même en tenant compte du taux d'adéquation du PRN inférieur à 100%, cette durée journalière dépasse d'environ 15 minutes le temps en soins prévu à l'hôtel pour patients. Toutefois du fait qu'à l'hôtel les patients sont plus autonomes et se déplacent pour les soins et pour se restaurer, le temps de soins requis pourrait être inférieur, et il reste envisageable de transférer ces journées dans l'hôtel pour patients.

La taille du collectif n'impacte pas les conclusions, afin d'éviter de démultiplier les scénarii, le reste de l'analyse est réalisée sur la base du dimensionnement minimal, le collectif résultant de la méthode PRN.

## 3.2. Impact financier

### 3.2.1. Scénario « capacités suffisantes »

Coûts par minute de PRN prévisionnel : CHF 2.50 (source comptabilité de gestion 2014)

Nombre de minutes moyennes journalières : 69 minutes

Coûts d'hôtellerie par jour : CHF 100.- (source comptabilité de gestion 2014, classe commune)

Coûts par jour dans les lits des HUG :

Soins : CHF 2.50*69=	172.-/jour
Hôtellerie	100.-/jour
<b>Total :</b>	<b>272.-/ jour</b>

Le coût par jour aux HUG est en moyenne de 172.- pour les soins (69 minutes en moyenne pour le collectif) et de 100.- pour l'hôtellerie, soit un total de 272.-, ce qui est inférieur au forfait journalier à verser à Revila.

Le transfert de ces patients ne représente donc pas d'économie par rapport à une prise en charge dans les lits des HUG, mais au contraire un coût supplémentaire. Pour les 9'621 journées, ça correspond à un coût supplémentaire de CHF 509'913.- par année.

### 3.2.2. Scénario « engorgement »

#### Recettes

L'impact en nombre de cas supplémentaires et en recettes est présenté ci-dessous.

Tableau 3 : Impact sur les recettes (cas LAMal classe commune)

Lits	33
Journées hospitalières	9'621
DMS (collectif swissDRG)	6.6
<b>Cas supplémentaires/an</b>	<b>1'457</b>
CMI (collectif swissDRG)	1.229
Baserate 2015	10'400
<b>Recettes supplémentaires hors part cantonale CHF/ an (45% du baserate)</b>	<b>8'381'088</b>
<b>Recettes supplémentaires avec part cantonale CHF/an (100% du baserate)</b>	<b>18'624'640</b>

## Charges

Tableau 4 : Impact sur les charges

Hôtel patients	Coûts (CHF)/an Soins en charges fixes	Coûts (CHF)/an Soins en charges variables
<b>Forfait hôtel patients</b>	<b>3'319'245</b>	<b>3'319'245</b>
<b>Charges variables</b>		
Corps médical	2'163'549	2'163'549
Salles d'opérations	1'138'100	1'138'100
Anesthésie	916'524	916'524
Unités de soins intensifs (SI) et intermédiaire care (IC)	1'741'900	1'741'900
Charges directes (attribuées directement au cas)	1'720'553	1'720'553
<b>Total charges avec soins en charges fixes</b>	<b>10'999'871</b>	
Soins charges variables		3'975'411
<b>Total charges avec soins en charges en partie variable</b>		<b>14'975'282</b>

Tableau 5 : Evolution du résultat en fonction des hypothèses retenues

Résultat (CHF/an)	Charges soins fixes	Charges soins en partie variable
<b>Sans part cantonale</b>	-2'426'363	-6'401'774
<b>Avec part cantonale</b>	7'817'189	3'841'779

Sans la part cantonale sur les nouveaux cas, le résultat est clairement négatif : entre -2.4 millions et -6.4 millions de francs, selon si on retient une hypothèse de dotation en soins constante ou variable avec l'activité. Ceci parce que même un tenant compte d'une part des coûts fixes, chaque cas supplémentaire coûte plus que ce qu'il ne rapporte (même avec dotation en soins constante, les coûts marginaux estimés atteignent 7'417.- par cas, pour des recettes de 5752.-).

Il faudrait absorber la hausse d'activité à dotation constante en soins et en corps médical pour atteindre un résultat presque neutre.

Par contre, avec une part cantonale qui suit l'activité, le résultat est positif entre 3.8 et 7.8 millions de CHF, variant selon si les soins sont considérés comme charges fixes ou variable.

#### 4. Limites

- Différenciation des charges variables et des charges fixes:
  - Pour le corps médical, en fonction de la répartition des nouveaux cas à travers les services, une partie de la hausse de l'activité pourrait malgré tout être absorbée à ressources constantes.
  - Inversement, une partie des économies liées au transfert des patients n'est que théorique : ces journées sont réparties dans de nombreuses unités, avec un impact insuffisant pour permettre une adaptation des dotations. Idéalement il s'agirait d'économies liées aux ouvertures de lits évitées. Ceci repose toutefois sur l'hypothèse de superposition entre les unités dans lesquels les lits sont libérés et les besoins des nouveaux cas pris en charge.

- On ne tient pas compte des cas non LAMal genevois pour lesquels la facture est 100% à la charge de l'assurance (environ 20% des cas). Les recettes sont par conséquent un peu sous-estimées.
- Le coût administratif du transfert du patient à l'hôtel n'est pas pris en compte.

---

## 5. Conclusion

Parmi tous les scénarii envisagés, le seul qui génère un impact financier de l'ouverture d'un hôtel pour patients aux HUG positif est le scénario engorgement, c'est-à-dire une augmentation du nombre de cas, qui n'aurait pas pu se faire sans l'hôtel pour patients, avec de plus une part cantonale qui suit la hausse de l'activité générée.

Ce scénario est toutefois peu probable ; pour l'instant le risque d'engorgement chronique des lits ne semble pas immédiat (horizon 2022-2025) et la hausse de la part cantonale avec l'activité incertaine. Il faut également noter que le nombre de journées avec une charge en soins légère est relativement faible aux HUG et que pour une partie de ces patients, les soins à domicile seront plus appropriés.

L'évaluation devrait toutefois être reconduite régulièrement afin d'anticiper le problème et de laisser suffisamment de temps entre la décision et la réalisation de l'hôtel. Cette évaluation pourra d'ailleurs être enrichie de l'expérience du CHUV.

Enfin, le manque de capacité futur étant particulièrement problématique en gériatrie et réadaptation, l'hôtel pour patients pourrait être une solution pour dégager des capacités dans ces zones. Pour autant que les assureurs acceptent ce modèle de prise en charge dans les zones non aigues. Cependant avec des forfaits dans ces zones qui ne couvrent pas les coûts et une progression de la part cantonale incertaine, la probabilité d'un impact financier positif est pour l'instant encore plus faible qu'en soins aigus.

*Date de dépôt : 28 août 2017*

## RAPPORT DE LA MINORITÉ

### **Rapport de M. Bertrand Buchs**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Les coûts de la santé augmentent chaque année de 3 à 4%. Les primes d'assurance-maladie prennent l'ascenseur.

L'offre médicale explose. Chacun veut sa part du gâteau de la santé. Aucune collaboration entre les différents acteurs de la santé, qu'ils soient publics ou privés.

Il faut être le premier, le plus gros, le plus exclusif.

Notre secteur public participe à cette inflation. Nos HUG deviennent une immense entreprise de plus en plus difficile à gérer, coûtant de plus en plus cher au canton.

Construction d'un nouveau bâtiment de lit, probable rénovation de l'ancien, agrandissement, augmentation de la capacité.

Où va-t-on s'arrêter ?

Le CHUV a fait le pari de ne pas créer de nouveaux lits en s'appuyant sur une structure privée, un hôtel des patients (concept bien connu aux USA et en Allemagne). L'idée est de faire baisser les coûts d'hôtellerie en hospitalisant un minimum et, dès que la situation médicale le permet, de déléguer le suivi à l'hôtel des patients. La prise en charge médicale est poursuivie normalement avec un personnel dépendant du CHUV et payé par le CHUV. L'hôtel doit être à moins de 300 mètres du bâtiment principal permettant l'arrivée rapide des médecins, les infirmières étant déjà sur place 24 heures sur 24.

Cet hôtel accueille en même temps les conjoints pour un prix modique. Très régulièrement, on doit hospitaliser le mari ou la femme d'un couple de personnes âgées, car il ou elle ne peut rester seul(e) à la maison. On utilise donc une structure qui n'est pas adaptée pour ces cas. L'hôtel des patients est idéal.

Il permet également d'augmenter les nombres de patients privés venant de l'étranger, les accompagnants pouvant séjourner avec le patient dans cet hôtel. C'est un complément intéressant de l'offre privée, qui rapporte sans coûter un centime au canton ou à l'assurance-maladie.

Bref, un concept moderne, apportant un plus à nous tous et diminuant les charges de l'hôpital public.

Les HUG ont étudié cette possibilité et l'ont rejetée préférant augmenter le nombre de lits.

Judicieux ?

Au moment où l'hôpital cantonal de Bâle-Ville va créer une même structure à l'intérieur de ses murs.

Ce qui est bien pour Lausanne ou Bâle est mauvais pour Genève ?

Une nouvelle Genferei ?

Un autre type de structure permet d'éviter les hospitalisations, principalement des personnes âgées. Je parle des unités d'accueil temporaires médicalisées. Pendant quelques années, il existait une structure de ce genre à la rue des Bains. Une dizaine de lits pour un séjour de maximum cinq nuits prenant en charge les cas à investiguer ou à surveiller. Rapide, efficace, avec un programme établi à l'avance entre le médecin traitant et l'équipe médicale. Et à la fin du séjour un colloque commun.

Moins chère et plus utile. Elle a été fermée pour une histoire de loyer.

Genève pense la médecine de grand-papa.

Lausanne et Bâle la médecine de demain. Des structures légères décentralisées, moins onéreuses et plus efficaces.

Si vous voulez changer de paradigme sur la politique de santé du canton, alors sans hésitation votez oui à cette motion. Si vous voulez continuer à ronronner sur des idées vieillottes, alors votez non.