

*Date de dépôt: 16 décembre 2003*

*Messagerie*

## **Rapport**

**de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010**

### **Rapport de M. Claude Aubert**

Mesdames et

Messieurs les députés,

La commission de la santé a consacré 4 séances à l'examen du RD 483 sous la présidence de M. Philippe Glatz puis de M<sup>me</sup> Ariane Wisard-Blum, les procès-verbaux étant dus à M. Hubert Demain, qui sait notre gratitude. Ont assisté M. Pierre-François Unger, CE, DASS, M. Pierre-Antoine Gobet, secrétariat général, DASS, M. Claude François Robert, directeur adjoint, DGS, DASS, et, à une reprise, M<sup>me</sup> Annie Mino, DGS, DASS.

### **1. Présentation générale**

Dans le cadre de l'assurance sociale, la nécessité d'une planification hospitalière est prescrite par l'article 39, al. 1, d, de la LAMal qui spécifie que les établissements hospitaliers admis « *correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être prise en considération de manière adéquate* ». En outre (lettre e), ces établissements « *figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats* ». Double exigence de l'assurance sociale : une planification, une liste.

Après avoir précisé les buts de la planification sanitaire *quantitative* ou *hospitalière* (à ne pas confondre avec la planification sanitaire *qualitative* du RD 490), le président Unger a rappelé à la commission que la liste hospitalière genevoise de 1997 avait fait l'objet d'un recours de la Fédération genevoise des assureurs-maladie. La décision fédérale, intervenue après plus de 3 ans (!), avait confirmé les estimations du Conseil d'Etat, la capacité en lits de notre canton étant jugée convenable. Mais le Conseil fédéral avait demandé que divers principes fussent désormais intégrés dans une planification ultérieure, ce qui explique l'exhaustivité du présent rapport du Conseil d'Etat.

Quelques constats. Selon le président, le secteur public a atteint dans une large mesure les objectifs de l'ancienne planification, alors que le secteur privé a évolué en dehors de ce cadre auquel il n'était pas soumis. Les capacités d'accueil à Genève se situent clairement à la limite supérieure par rapport aux autres cantons. Nos journées d'hospitalisation sont longues en comparaison internationale, ce qui est paradoxal si l'on songe à l'essor des soins à domicile, justement censés décharger le stationnaire. La planification de 1997 ne reposait sur aucune mesure statistique valable. Par ailleurs, les changements récents intervenus dans la définition de « l'hospitalisation », de la « semi-hospitalisation » et de « l'ambulatoire » rendent impossibles des comparaisons basées sur les chiffres antérieurs.

Créée en 2001, la jeune commission de planification genevoise a formulé des propositions pour la période 2003-2010, permettant au Conseil d'Etat de fixer ses objectifs :

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

Sans oublier des projets de collaboration non seulement régionale mais aussi avec la France voisine, ce qui a suscité bien des remarques.

## **2. Les mots pour le dire**

Pour planifier, il faut évidemment disposer de critères, le « lit » étant commode. Un lit ne signifie pas nécessairement un sommier. Un malade dans un lit, sans personne pour s'en occuper, n'est pas un individu soigné. Un « lit-pour-soigner », c'est un sommier plus du personnel compétent. En parlant de « lits », on se réfère à la densité des personnes nécessaires pour

soigner les malades se trouvant dans des lits. A l'évidence, un lit de soins intensifs comporte une plus grande densité de soignants qu'un lit de réadaptation. Par conséquent, on distinguera des lits pour des soins aigus, pour la réadaptation, pour les longs séjours, pour les EMS, pour les établissements pour personnes handicapées. (Fin de la brève digression pédagogique du rapporteur).

Le D<sup>r</sup> Robert fait reposer la planification hospitalière sur ces indicateurs que sont les « équivalents-lits », qui donnent une approximation de la capacité d'hébergement d'un établissement hospitalier. Ils représentent l'occupation d'un lit en permanence pendant un an, ce qui facilite l'anticipation des besoins. D'autres paramètres sont bien sûr indispensables, ainsi la charge en soins, témoignant de la densité du personnel impliqué pour donner des soins de qualité, soins eux-mêmes découlant du type d'affection dont est atteint le malade.

Sur ces bases, on évalue à 1013 le nombre de lits dont aura besoin l'Hôpital cantonal en 2010, pour autant que le taux d'hospitalisation reste fixe (87/1000 habitants), que la durée de séjour se stabilise à 8,5 jours, que le taux d'occupation s'élève à 92%, que le bassin de population soit de 460 000 habitants.

Les experts le savent bien : toute planification repose sur beaucoup de si... et ne prédit guère l'avenir.

Au cours d'une discussion nourrie, les commissaires abordent différentes facettes du rapport. Grosso modo, 45 000 Genevois fréquentent annuellement l'hôpital. Réduire la durée de leur séjour et risquer une sortie prématurée ? Comment éviter l'écueil des réhospitalisations ? Comment gérer la chirurgie ambulatoire, menacée par le Tarmed ? Les patients vont-ils refluer vers l'hôpital, comme on l'observe actuellement pour les accouchements ? Afin d'éviter une extension de la Maternité, pourrait-on prévoir l'achat de prestations auprès de cliniques privées, selon des formules à préciser ? Puisque la LAMal ne concerne que l'assurance sociale, la planification qu'elle exige ne devrait se rapporter qu'au domaine de l'assurance sociale. Qu'en est-il du domaine recouvert par l'assurance privée ? Si une clinique ouvrait, par exemple, un service de chirurgie esthétique, elle devrait être libre de le faire, en dehors de toute contrainte planificatrice.

D'autres interventions ont porté sur l'infrastructure de l'hôpital, ses constructions futures, le recrutement du personnel, sa charge de travail, sans oublier le budget pour les années à venir. Disposera-t-on des moyens en personnel correspondant aux lits prévus par la planification ? La présence des EPH dans la planification hospitalière ? (Réponse : les EMS et les EPH font

partie de la législation sociale, certes, mais il existe bien des chevauchements entre eux et l'hôpital. Il est donc logique de les insérer dans ce rapport). Qu'en est-il des greffes, de la répartition intercantonale du matériel lourd, de la répartition de certaines activités de soins ? Quant aux révisions de la LAMal, comment anticiper leurs répercussions cantonales, en particulier sur le plan financier ? Lors des auditions, bien d'autres sujets seront abordés.

### **3. Audition de M. Bernard Gruson, directeur général des HUG**

Les HUG furent étroitement associés à la consultation voulue par le DASS ; M. Gruson adhère donc pleinement au texte mis en discussion en commission. De nombreuses questions lui ont été posées, portant sur le recrutement des infirmières frontalières (soustraites à la France voisine), sur les moyens de mesurer les activités d'un hôpital, sur la catégorisation des lits, sur le mode de facturation, sur la difficulté d'obtenir une unanimité en Suisse dans le domaine sanitaire, sur les aléas de la planification (on le constate en psychiatrie), sur la concurrence ou la complémentarité privé-public, sur le secteur privé de l'hôpital, sur l'ambulatoire hospitalier (qui selon la LAMal ne devrait pas être subventionné), sur le développement de la maternité (vers 135 lits) et celui de la pédiatrie, sur les répercussions de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, sur la valeur des bâtiments hospitaliers qui n'intervient pas dans le calcul des coûts hospitaliers, sur le financement moniste prévu par Berne.

### **4. Audition de MM. Nicolas Froelicher et Philippe Cassegrain**

M. N. Froelicher est le président de l'Association des cliniques privées de Genève (ACPG), M. P. Cassegrain est le directeur de la Clinique Générale Beaulieu. L'ACPG compte quelque 700 médecins agréés, 2500 employés, pour un chiffre d'affaires de 400 millions. Elle présente 127 000 journées-patient en 2001.

L'ACPG a participé à la concertation voulue par le DASS et au groupe de travail ; *nolens, volens*, elle ne s'oppose pas à la réduction des lits, mais émet un certain nombre de réserves voire d'objections. L'ACPG ne demande pas de subventions pour les établissements privés ; elle souhaite la participation du canton, comme prévu par la deuxième révision de la LAMal. Quant à l'ouverture des livres de compte, elle ne concernerait que l'activité « publique ». Les contrats consentis par l'hôpital à certains assureurs privés ne sont guère conformes à une saine concurrence. Sa division privée participera-t-elle à la réduction prévue ? Alors même que l'on s'achemine vers une diminution des capacités, de nouvelles cliniques ont été récemment

acceptées dans la planification, ce qui contrarie l'ACPG. La perspective de transferts de patients vers la France voisine est jugée fort préoccupante.

Répondant à des questions, M. Froelicher confirme l'existence de collaborations entre les membres de l'ACPG (à titres divers) et les HUG concernant certaines prestations (radiologie, soins intensifs, par exemple). Il est possible que, dans le futur, on assiste à une pénurie d'équipements, de personnel et probablement de patients, si la part des assurances complémentaires diminue encore. Les effets du Tarmed sont par ailleurs à redouter, ce qui mettra en danger la solidarité que les cliniques privées ont toujours montré vis-à-vis des patients émergeant de l'assurance de base. Il admet un déficit d'information : les cliniques privées peuvent bel et bien répondre aux urgences, en particulier chirurgicales. Des consultations de pédiatrie d'urgence ont été très appréciées. Par contre, la prise en charge des cas de psychiatrie n'est pas à l'ordre du jour.

## 5. Dilemme

Le RD 483 traite d'un grand nombre de domaines, tous aussi importants les uns que les autres ; il énumère les objectifs de la planification sanitaire quantitative 2003-2010, qui prévoit :

- a) une réduction mesurée de la capacité hospitalière publique et privée ;
- b) une augmentation de la capacité des lits d'EMS et des lits EPH ;
- c) une concertation des acteurs par le biais d'une commission de planification du système de soins hospitaliers ;
- d) une orientation des soins sur la trajectoire de vie ;
- e) un suivi par un système d'information.

L'étude de ces objectifs impliquerait des analyses fouillées et des auditions multiples. Néanmoins, comme il s'agit d'un rapport, il a paru utile à une majorité de la commission de se focaliser sur l'essentiel, sachant que différents chapitres seront traités en profondeur dans la future loi-cadre. Prenant comme critère l'urgence, l'élaboration de la liste hospitalière par le Conseil d'Etat a été jugée prioritaire, le fait de prendre acte n'impliquant pas une prise de position pour ou contre les multiples aspects de la planification. Dans ces conditions, il convient d'éviter un amalgame entre ce RD et la future loi-cadre, le rapport étant à prendre pour lui-même, sans engagement pour les discussions ultérieures. Enfin, pour une commissaire, si ce RD avait été accompagné d'une résolution, le travail de la commission eut été plus clair.

Le président Unger insiste sur le fait que le travail de planification sera poursuivi de manière dynamique pour tenir compte de réalités parfois imprévisibles. La commission de planification poursuivra son travail afin de ne pas figer la situation jusqu'en 2010. Par la voie d'un arrêté, il communiquera au Conseil fédéral une liste hospitalière avant fin 2003. Le rapport du Conseil d'Etat est donc à prendre comme une photographie instantanée, témoignant d'un consensus des partenaires. La future loi-cadre sur la santé sera l'occasion de reprendre l'essentiel des questions dans le chapitre de la planification, de la prévention et de la promotion de la santé. Prendre acte du RD 483 ne clôt pas la discussion et n'anticipe pas l'avenir dans ces domaines.

Bref, les commissaires ont hésité entre deux tendances :

- a) prendre acte, le président Unger garantissant l'aspect évolutif des conclusions du rapport du Conseil d'Etat, texte non figé ;
- b) poursuivre les auditions pour connaître de façon plus large les opinions des groupes intéressés, à commencer par Forum Santé et les syndicats.

## 6. Conclusions et votes

### *Vote sur le principe de nouvelles auditions :*

Pour : 1 Ve, 3 S, 2 AdG. Contre : 1 UDC, 3 L, 2 PDC, 2 R.

Proposition refusée.

### *Vote final : prendre acte du RD 483 :*

Pour : 1 Ve, 3 S, 3 L, 2 PDC, 2 R.

Contre : 1 R. Abst. : 2 AdG, 1 UDC.

Proposition acceptée.

En conclusion, la commission de la santé vous propose, Mesdames les députées, Messieurs les députés, de prendre acte du RD 483.