

Date de dépôt : 19 mai 2021

Réponse du Conseil d'Etat

à la question écrite urgente de M. Guy Mettan : Où en est la politique de suppression des lits aux HUG ?

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 30 avril 2021, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une question écrite urgente qui a la teneur suivante :

Durant ces deux dernières décennies, la politique générale des hôpitaux a consisté à supprimer des lits sous prétexte de rationalisation et de diminution des coûts. Cette tendance a été particulièrement marquée en Europe et n'est donc pas propre à la Suisse ou à Genève.

La crise du COVID-19 a suscité une forte pression sur les lits d'hôpitaux. On n'a cessé de répéter depuis le début de la crise qu'il était vital d'en éviter la saturation et on a invoqué le manque de disponibilité de lits d'hôpital pour justifier des mesures de confinement drastiques et fort préjudiciables à l'économie, à l'éducation des jeunes et à la santé mentale de la population. La pandémie a donc montré les limites de cette politique de restriction des lits hospitaliers.

Dans la perspective de tirer un bilan pour les politiques de santé publique et d'éviter qu'une telle situation se reproduise à l'avenir, il paraît donc essentiel d'avoir une vision claire des évolutions passées et à venir dans ce domaine.

En l'occurrence, nous aurions souhaité connaître :

- la statistique exacte de l'évolution du nombre de lits des HUG depuis l'année 2000, et notamment des lits de soins intensifs ;***
- l'évolution mois par mois du taux d'occupation des lits, et des lits de soins intensifs, de ces trois dernières années jusqu'à avril 2021, de manière à savoir quel a été l'impact du COVID-19 sur celui-ci ;***

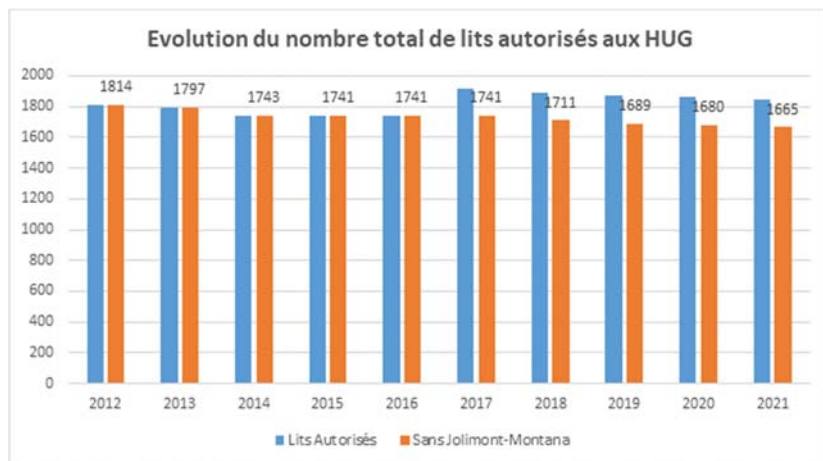
- *le nombre de patients refusés ou d'opérations de soins reportées faute de disponibilité de lits et de personnel ainsi que les éventuelles pertes financières que ces mesures ont entraînées pour les HUG ;*
- *un aperçu de la politique que les HUG et le Conseil d'Etat entendent mener en matière de nombre de lits dans les années à venir, au vu de l'expérience et des connaissances accumulées à ce stade la pandémie.*

Je remercie le Conseil d'Etat du soin et de l'attention qu'il portera à ses réponses à ces différentes questions.

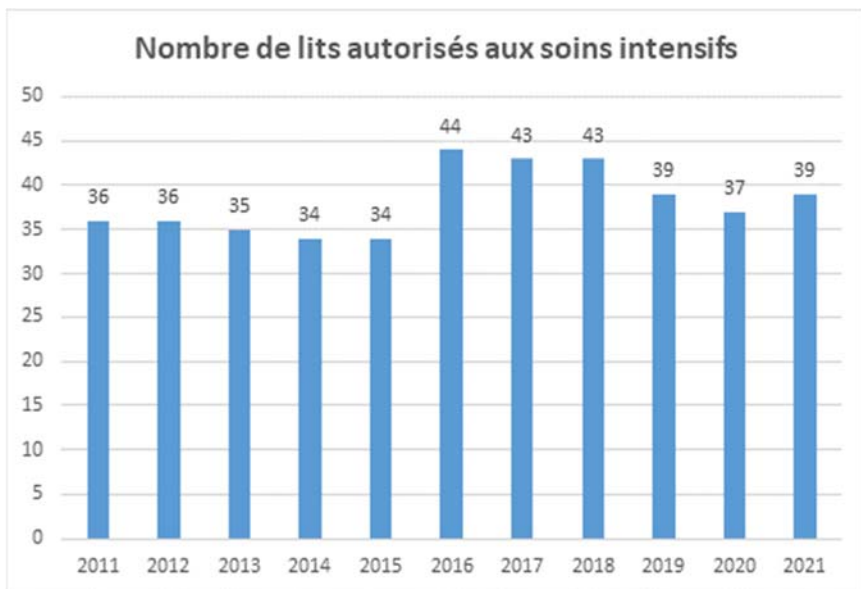
RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

1) Statistique exacte de l'évolution du nombre de lits des HUG depuis l'année 2000, et notamment des lits de soins intensifs

Les HUG ont pu retrouver dans leur système d'information les données depuis 2012. Pour remonter jusqu'à l'année 2000, les HUG devraient consulter les archives, ce qui n'a pas été possible dans le temps court imparti.



A noter l'inclusion dans les HUG des Cliniques de Jolimont et de Montana en 2017 (+179 lits). Si l'on retire ces lits de la statistique, on constate que le nombre de lits total a diminué de 1 814 à 1 665, soit de 8%.



Il n'y a pas eu de diminution du nombre de lits de soins intensifs. Les chiffres de 2020 et 2021 sont toutefois à interpréter avec précaution, car ils comprennent les lits COVID dans la zone géographique occupée par les soins intensifs adultes (SIA), soit la zone Julliard-OPERA. Les lits créés aux dépens de la salle de réveil et des soins intermédiaires péri-interventionnels lors des 2 vagues de COVID (entre 10 et 30 lits supplémentaires de soins intensifs) ne sont pas comptabilisés ici.

A noter que les lits autorisés correspondent à une définition architecturale, soit le nombre total de lits ou de places-patient utilisables, alors que les lits en activité ou lits en service sont les lits dotés en personnel. Les taux d'occupation sont calculés à partir des lits en service.

Cette distinction est importante, car si l'on considère les lits de soins intensifs en activité, soit les lits en service, l'image est un peu différente. En effet, on assiste depuis 2016 à une diminution progressive des taux d'occupation des lits de soins intensifs, qui a conduit à fermer 4 des 36 lits en activité pour mettre en adéquation les ressources à l'activité. Cette diminution du recours aux soins intensifs, qui est observée ailleurs en Suisse et en Europe, s'explique par la conjonction de plusieurs phénomènes, d'ailleurs liés :

- les progrès de la chirurgie mini-invasive qui permet des suites opératoires plus simples et réduit le risque de complications;

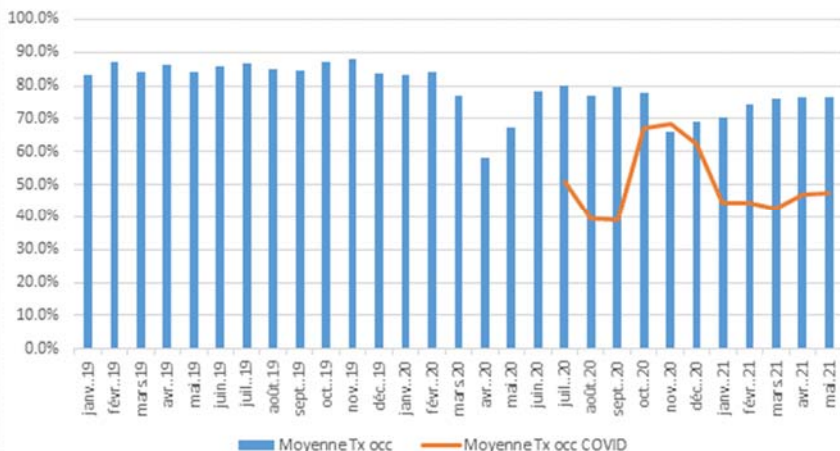
- le développement des techniques interventionnelles qui remplacent des opérations plus lourdes (p. ex. le remplacement d'une valve cardiaque par voie percutanée au lieu d'une opération à cœur ouvert); et
- le développement des unités de soins dits intermédiaires, qui permettent une surveillance étroite (monitoring) et continue sans toutefois le recours à la ventilation mécanique et à d'autres techniques lourdes de soins intensifs, avec une dotation soignante et médicale plus légère (à titre indicatif : 5,4 soignants par lit pour du 24/24 et 7/7 aux soins intensifs; 2,4 soignants par lit aux soins intermédiaires; entre 0,85 et 1,0 soignant par lit aux soins aigus (lits de médecine et de chirurgie)).

Ainsi, la situation des lits de soins intensifs et leur évolution illustre la politique suivie par les HUG : adapter les lits en service aux fluctuations et évolutions de l'activité, tout en conservant une réserve de lits architecturaux qui permette à court terme d'absorber les pics d'activité, et à long terme de s'adapter aux évolutions lourdes liées à la démographie et au vieillissement de la population.

2) Evolution mois par mois du taux d'occupation des lits, et des lits de soins intensifs, de ces trois dernières années jusqu'à avril 2021, de manière à savoir quel a été l'impact du COVID-19 sur celui-ci

Le graphique ci-dessous fournit ces chiffres globalement, et séparément pour les lits COVID (courbe rouge).

Taux d'occupation des lits HUG de 2019 à 2021



On constate que les taux d'occupation sont très stables aux environs de 85%. Ces chiffres sont toutefois variables au long de l'année, particulièrement en médecine et en chirurgie où des taux d'occupation de 90% à 95% sont habituels durant les mois d'automne et d'hiver, malgré l'ouverture d'unités de lits d'appoint en médecine (« unités-tampon ») pendant ces périodes anticipées de surcharge saisonnière. Le fait que le taux d'occupation global ait un peu chuté (environ 65 à 75%) pendant les périodes COVID s'explique de la manière suivante :

- les HUG ont augmenté globalement leur capacité en lits en réaffectant une zone de soins du bâtiment Lina Stern (6^e étage de l'ancien bâtiment des lits) attribuée à des bureaux à une activité clinique COVID (5 unités de soins aigus de 14 à 16 lits dotés (et de 17 à 20 lits en capacité architecturale) et une unité de soins intermédiaires de 12 lits, dont 10 de soins intermédiaires. Les HUG ont pu basculer dans cette zone entre une activité COVID de soins aigus et une activité de soins intermédiaires pour 4 des 5 unités non équipées en soins intermédiaires au gré des besoins pendant les 2 vagues et sont montés jusqu'à 50 lits de soins intermédiaires dans cette zone au plus haut de la 2^e vague;
- parallèlement, l'activité COVID a progressivement (mais extrêmement rapidement...) remplacé intégralement l'activité non COVID dans tout le bâtiment Gustave Julliard (485 lits architecturaux). Les taux d'occupation globaux reflètent donc le taux d'occupation moyen des zones COVID et non COVID. Au plus fort de la crise, ce sont 705 lits qui ont été consacrés aux patients COVID entre Gustave Julliard, le 6^e étage Stern, l'hôpital des Trois-Chêne, l'hôpital de Loëx, les soins intensifs, la salle de réveil et les soins intermédiaires péri-interventionnels;
- enfin, le taux d'occupation plus bas des lits COVID s'explique par le fait que les HUG ont dû adapter très rapidement leur dispositif de soins, en prévoyant à chaque étape une réserve suffisante par anticiper l'afflux de patients dont le pic était par définition inconnu.

3) Nombre de patients refusés ou d'opérations de soins reportées faute de disponibilité de lits et de personnel ainsi que les éventuelles pertes financières que ces mesures ont entraînées pour les HUG

Toutes les interventions urgentes, opérations et interventions non-chirurgicales, ont pu être réalisées pendant la crise COVID. Par urgence, les HUG entendent les interventions qui ne pouvaient être reportées pendant plus de 3 mois. Ceci concerne évidemment toute la chirurgie d'urgence, mais aussi

la chirurgie du cancer, qui constitue plus de 50% de l'activité dans certaines spécialités, comme notamment la chirurgie viscérale.

Lors de la 1^{re} vague, les HUG ont dû déprogrammer (annuler une opération prévue) environ 800 patients. Avant le début de la 2^e vague, il n'y avait plus que 230 patients en attente. Au début de la 2^e vague, les HUG ont dû déprogrammer 860 patients, dont 226 ont pu être reprogrammés en clinique. Entre le 19 octobre 2020 (début de la 2^e vague) et le 10 février 2021, 2 943 nouveaux patients ont été identifiés par les chirurgiens comme nécessitant une opération, les consultations ambulatoires de chirurgie s'étant poursuivies durant toute la période. De ces patients, 1 060 ont pu être programmés aux HUG et 1 092 en clinique, ne laissant que 791 patients en attente de programmation au 10 février 2021. La réquisition des cliniques privées et leur participation à la prise en charge des cas urgents ont joué un rôle important dans le maintien de l'activité chirurgicale genevoise.

Au dernier pointage (4 mai 2021), il y a 1 548 patients à programmer, issus majoritairement de l'activité de consultation entre février et fin avril 2021. Ceci n'est pas du tout inhabituel. Pour mémoire, plus de 24 000 opérations sont réalisées chaque année aux HUG, et les HUG ont dû préparer de nouvelles grilles de vacances opératoires qui n'ont pas encore été ouvertes à la programmation.

Du point de vue financier, les pertes d'activité se chiffrent à 94,5 millions de francs et les surcoûts liés au COVID à 75 millions de francs (cf. rapport de gestion des HUG qui a déjà été transmis aux députés).

4) Aperçu de la politique que les HUG et le Conseil d'Etat entendent mener en matière de nombre de lits dans les années à venir, au vu de l'expérience et des connaissances accumulées à ce stade de la pandémie

Certaines leçons tirées de la crise COVID ont déjà été mentionnées en réponse aux questions précédentes. Cette crise n'a fait que confirmer les grands principes qui ont toujours régi la gestion du nombre de lits aux HUG :

- adaptation du nombre de lits en service (dotés en personnel) à l'évolution de l'activité, qui augmente dans certains secteurs et diminue dans d'autres (voir l'exemple des soins intensifs);
- maintien d'un nombre de lits architecturaux de réserve suffisants pour absorber les pics, voire les situations extrêmes comme celle que nous venons de vivre. La gestion de la crise COVID n'aurait pas été possible sans aucun lit de réserve.

Cependant, les HUG doivent faire face à un défi important, lié à l'accroissement et au vieillissement de la population. Selon les prévisions de la planification cantonale, l'augmentation annuelle moyenne du nombre d'hospitalisations dans les années prochaines sera d'environ 1% dans la zone aigüe, et de 4% dans les lits de réhabilitation. Or, il est difficile d'imaginer une croissance linéaire et proportionnelle du nombre de lits en rapport avec cette augmentation, pour des raisons architecturales et de ressources. Mais les simulations que les HUG ont faites nous permettent d'assurer les prestations à la population genevoise par la diminution des durées de séjour, qui est plus que jamais une priorité. Il convient de rappeler que, dans certains services des HUG, les durées de séjour sont plus longues que la durée moyenne suisse, certains lits de réadaptation étant, par exemple, occupés par des patients en soins de maintien dans l'attente de l'entrée dans une autre structure comme un EMS. Cette problématique, moins aigüe durant la crise COVID, pourrait réapparaître d'ici peu.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les Députés, à prendre acte de la présente réponse.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :
Michèle RIGHETTI

La présidente :
Anne EMERY-TORRACINTA