



*Date de dépôt : 31 juillet 2023*

## **Rapport**

**de la commission des travaux chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat ouvrant un crédit de renouvellement de 21 600 000 francs supplémentaire à la loi 12464 ouvrant un crédit de renouvellement de 179 225 000 francs, pour les exercices 2020 à 2024, destiné à divers investissements de renouvellement des Hôpitaux universitaires de Genève**

*Rapport de David Martin (page 4)*

## **Projet de loi (13171-A)**

**ouvrant un crédit de renouvellement de 21 600 000 francs supplémentaire à la loi 12464 ouvrant un crédit de renouvellement de 179 225 000 francs, pour les exercices 2020 à 2024, destiné à divers investissements de renouvellement des Hôpitaux universitaires de Genève**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève  
décrète ce qui suit :

### **Art. 1 Crédit supplémentaire d'investissement**

Un crédit de renouvellement de 21 600 000 francs (y compris TVA et renchérissement) supplémentaire à la loi 12464 ouvrant un crédit de renouvellement de 179 225 000 francs, pour les exercices 2020 à 2024, destiné à divers investissements de renouvellement des Hôpitaux universitaires de Genève, du 13 septembre 2019, est ouvert pour les investissements de renouvellement des équipements médico-techniques lourds des Hôpitaux universitaires de Genève.

### **Art. 2 Planification financière**

<sup>1</sup> Ce crédit est réparti en tranches annuelles inscrites au budget d'investissement du département de la sécurité, de la population et de la santé, dès 2022, sous la politique publique K – Santé.

<sup>2</sup> Le disponible budgétaire est annulé à l'échéance du crédit de renouvellement, sauf pour les montants déjà engagés avant ce terme.

### **Art. 3 Subventions d'investissement accordées**

Les subventions accordées aux Hôpitaux universitaires de Genève dans le cadre de ce crédit de renouvellement s'élèvent à 21 600 000 francs.

### **Art. 4 Amortissement**

L'amortissement de l'investissement est calculé chaque année sur la valeur d'acquisition (ou initiale) selon la méthode linéaire et est porté au compte de fonctionnement des Hôpitaux universitaires de Genève.

**Art. 5 Aliénation du bien**

En cas d'aliénation du bien avant l'amortissement complet de celui-ci, le montant correspondant à la valeur résiduelle non encore amortie est à rétrocéder à l'Etat.

**Art. 6 Loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat**

La présente loi est soumise aux dispositions de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013.

## Rapport de David Martin

La commission des travaux, sous la présidence de M<sup>me</sup> Francine de Planta, a examiné le PL 13171 lors de trois séances durant l'année 2023 (16 mai, 6 et 20 juin).

Ce projet de loi concerne un crédit supplémentaire destiné aux HUG pour le **remplacement progressif de ses équipements médico-techniques lourds** (EMTL). Ce jargon englobe en particulier les machines médicales bien connues que sont les IRM et les scanners. Bien que le présent PL ait été **adopté à l'unanimité de la commission**, la commission s'est attardée quelque peu sur cet objet. Il s'agissait de comprendre les mécanismes à l'œuvre pour éviter que l'augmentation de l'effectif de ces appareils dans le canton n'impacte de façon excessive les coûts de la santé. Ne s'agissant en l'occurrence pour les HUG que d'un remplacement et non d'une augmentation du nombre d'appareils et ayant eu rapport de l'activité de la commission cantonale d'évaluation des équipements médico-techniques lourds (voir RREML), la commission a été rassurée, comme le montre son vote unanime.

Ont notamment assisté aux séances MM. Matthias Bapst, responsable du budget des investissements au DF, et Stefano Gorgone, secrétaire scientifique au SGGC. Les procès-verbaux ont été élaborés par M<sup>me</sup> Garance Sallin que nous remercions pour l'excellente qualité de son travail.

**Présentation du projet de loi par M. Nicolas Müller, directeur du service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification, direction générale de la santé, DSPS, M. Hervé Jacquemoud, chef du service biomédical et équipements, HUG, et M. Rémy Mathieu, directeur financier des HUG**

M. Müller rappelle que le département est très attentif au parc d'équipements lourds du canton. Un nouveau règlement est en vigueur depuis quelques années, le règlement relatif à la régulation des équipements médico-techniques lourds (RREML), qui institue une commission cantonale évaluant la pertinence de chaque nouvel équipement et de chaque renouvellement d'équipement. Les équipements prévus d'être renouvelés par le biais de ce PL ont été soumis sous forme de planification à cette commission. Chaque équipement, avant son achat, sera présenté à la commission pour s'assurer de la pertinence de son renouvellement. La commission est composée d'un représentant du département, d'un représentant des établissements publics médicaux, d'un représentant des cliniques privées, de deux représentants des médecins privés et d'un représentant des assurés. Concernant les équipements

à renouveler, la plupart ont été mis en service il y a huit ans, ce qui correspond à la durée moyenne d'amortissement et celle prévue dans la comptabilité des hôpitaux selon la norme. Il s'agit donc d'équipements vieillissants qu'il est nécessaire de renouveler pour la sécurité des patients, pour la qualité des soins et pour différents aspects techniques.

M. Jacquemoud ajoute que ce PL a été déposé dans le cadre de renouvellements d'équipements : il n'y a pas d'achat d'équipements supplémentaires. Il a également été approuvé par la commission des équipements des HUG qui est pluridisciplinaire et a pu arbitrer ces renouvellements de façon cohérente et selon les critères évoqués (qualité, sécurité, services rendus à la population...).

M. Mathieu précise que le renouvellement de l'ensemble du matériel, des équipements et bâtiments des HUG s'inscrit dans la loi 12464 (179 MF), à laquelle s'ajoute une loi complémentaire (13001) votée en 2021 concernant le covid et autres équipements (28 MF). Il y a aussi une part d'autofinancement (38.4 MF) correspondant à l'utilisation de la réserve quadriennale des HUG, qui est aujourd'hui épuisée. En tout, le renouvellement des équipements, du matériel informatique et des bâtiments représente 246 MF sur la période 2020-2024.

Un commissaire (LC) demande d'où vient la différence entre les 179 MF initiaux et les 246 MF totaux. Par ailleurs, dans les investissements, les ETP qui y sont relatifs sont désormais inclus, ce qui n'était pas le cas avant, notamment au moment du dépôt du premier PL à 179 MF. Il demande si cela a un impact au niveau de la demande complémentaire. M. Mathieu répond que seules les parties relatives à l'activation des biens sont inscrites dans les projets de lois d'investissement ; si ce sont des ETP, ce sont des ETP nécessaires à la construction du bâtiment ou à l'installation d'une machine, mais en aucun cas ceux liés au fonctionnement. Comme il s'agit ici de renouvellements, les ETP sont de toute manière dans le budget de fonctionnement. Concernant la différence par rapport aux 179 MF, il y a eu les 38.4 MF d'autofinancement, ainsi que 28 MF de crédit supplémentaire (loi 13001). L'autofinancement n'était pas prévu au départ ; une coupe importante d'une cinquantaine de millions a été faite qu'ils ont palliée via ces 38.4 MF venant de la réserve quadriennale des HUG. Cette réserve correspond au non-dépensé des contrats de prestations. Elle a été bien utile pour financer un certain nombre de projets, mais elle est aujourd'hui tarie, car elle est issue de la capacité des HUG à faire du bénéfice, ce qui n'est plus le cas depuis un moment.

Un commissaire (LJS) demande si beaucoup d'entreprises peuvent répondre à l'appel d'offres qui aura lieu à l'occasion du renouvellement de ces

équipements. M. Jacquemoud répond que plusieurs entreprises peuvent répondre. Concernant les équipements d'imagerie (scanners, IRM), il y a quatre principaux fournisseurs : General Electric, Canon, Philips et Siemens. S'agissant de la robotique chirurgicale, il n'y a désormais plus de monopole, avec environ quatre sociétés pouvant répondre sur le marché. Ils sont soumis à l'AIMP.

Un commissaire (S) demande ce qui va être fait du matériel existant. M. Jacquemoud répond que la réglementation leur impose de les faire reprendre. Ils demandent généralement à la société retenue par l'appel d'offres de reprendre l'ancien matériel. La revente par un hôpital ou une clinique est interdite. La valeur résiduelle de l'objet est décomptée par le prestataire. La valeur résiduelle dépasse rarement 5% à 10% du prix d'achat du matériel.

Un commissaire (PLR) souhaiterait connaître la liste des personnes présentes dans la commission. M. Müller explique qu'il y a deux commissions : la commission interne des HUG, qui juge de la pertinence du renouvellement ou de l'achat de nouveau matériel, et la commission cantonale, qui est composée de M. Adrien Bron (directeur général de la santé, représentant le département), M. Hervé Jacquemoud (représentant les HUG), M. Gilles Rüfenacht (représentant les cliniques privées), les Drs Hauser et Burgan (représentant les médecins privés), M. Fekkek (représentant les assurés (ASSUAS)).

Le commissaire relève que le canton de Genève est très bien doté en termes d'équipements. Il a même plus d'équipements à lui seul que des pays entiers. Il demande s'il y a une comparaison un peu plus globale par rapport au bassin de population. Le risque est que plus l'on a de matériel, plus les médecins sont facilement appelés à envoyer les gens faire des examens. Les délais d'attente sont certes courts, mais la question est de savoir s'il y a vraiment besoin qu'ils le soient autant (moins de 24 heures). M. Jacquemoud répond que c'est un débat au sein de la commission cantonale. Genève compte un nombre très élevé d'IRM par rapport à sa population ; ce ratio n'est pas le même pour tous les équipements lourds. Lors de la présentation de la planification à la commission des équipements lourds du canton, ils ont expliqué que le canton était certes fortement doté, mais que s'agissant des HUG, ils ont regardé le taux d'utilisation des équipements et constaté que les équipements des HUG n'étaient pas sous-utilisés. Ces chiffres figurent dans l'exposé des motifs. Il y a aussi le ratio public/privé ; ils ont regardé cela, fait une comparaison avec d'autres cantons et constaté qu'ils avaient le ratio le plus faible. Ces deux éléments indiquent qu'il n'y a pas de surdotation et que, s'agissant du renouvellement, ils pouvaient continuer à répondre aux besoins de la population genevoise et que cela bénéficie au réseau de soins du canton.

Globalement, il y a un ratio d'équipements lourds par habitant assez élevé, mais intra-HUG, ils considèrent qu'il est tout à fait correct. Actuellement, la commission cantonale se penche sur les équipements sous-utilisés et sur la répartition géographique pour pouvoir répondre aux besoins de la population et avoir une cohérence.

Le commissaire évoque le fait qu'il y a 121 IRM en Belgique, dont 19 à Bruxelles. Le temps d'attente est de onze mois. A Genève, il y a 40 IRM. Il faut se demander jusqu'où répondre aux besoins et dans quels délais. M. Jacquemoud répond que la direction des HUG et le département diagnostique font un travail important de remise en question des examens non pertinents et d'optimisation de l'utilisation des équipements. Il y a une volonté d'éviter de continuer à acquérir des équipements et de d'abord les optimiser et les rendre efficaces. La commission interne des HUG a un axe fort concernant le partage et l'optimisation des équipements. Au niveau cantonal, il y a certes beaucoup d'équipements, mais au sein des HUG, qui ont aussi une mission de formation universitaire, le taux est correct et justifié. Il rappelle qu'il s'agit ici de renouvellement et non d'acquisition de nouveaux équipements. M. Mathieu ajoute que l'augmentation des capacités fait l'objet d'autres PL. En tant qu'hôpital, le rôle des HUG n'est pas de créer le besoin, mais de répondre à la demande, et ce crédit permet clairement de le faire.

Le commissaire relève que par essence, la demande est inépuisable. Il demande quel serait le délai d'attente s'il y avait par exemple deux IRM de moins aux HUG. M. Mathieu estime qu'on ne peut pas forcément répondre sur cette base-là. Il y a aussi des logiques de localisation : par exemple, les IRM ne se trouvent pas au même endroit : les machines se trouvent dans des services différents et même sur des sites différents. M. Jacquemoud ajoute que les équipements répondent aussi pour une partie, de l'ordre de 50%, aux patients hospitalisés qu'on ne va pas envoyer dans un cabinet de ville pour faire des examens. M. Müller indique que le problème relevé par le commissaire (PLR) a été tout à fait identifié par le canton, d'où la création du règlement et de la commission cantonale. Cela permet de s'assurer, avant d'augmenter l'offre par l'achat d'équipements, que celle-ci est justifiée.

Un commissaire (PLR) revient sur la composition de la commission. Il constate qu'il n'y a pas de représentant des assureurs. La question de l'impact du suréquipement sur la prime payée chaque mois et sur son montant n'est donc portée que par une seule personne dans cette commission, le représentant des assurés. M. Müller répond qu'en ce qui concerne les représentants du domaine médical, ils sont néanmoins des experts pour juger de la pertinence des achats ou renouvellements de ces équipements. Quant au représentant de la DGS, il ne vit pas sur les coûts de la santé ; au contraire, l'une des missions

du département et de la DGS est de maîtriser la hausse des coûts de la santé. C'est pour cette raison que le département a été à l'initiative du RREML. La commission a été inscrite dans une loi, qui a été adoptée par le Grand Conseil : sa composition est décrite dans l'art. 33A de la loi sur la santé ; le Grand Conseil l'a donc approuvée et aurait éventuellement pu la modifier à ce moment-là. Le représentant du département, en tant que directeur général de la santé, a notamment pour rôle de maîtriser la hausse des coûts de la santé, ce qui lui fait par ailleurs adopter certaines positions impopulaires dans le domaine médical, comme l'introduction de la clause du besoin. Les représentants présents dans la commission cantonale peuvent donner un avis technique sur la qualité des équipements, sur la nécessité de les renouveler ou d'en ajouter.

M. Müller rappelle qu'avec le présent PL, il ne s'agit pas de nouveaux équipements, mais de renouveler des équipements qui atteignent bientôt leur fin de vie pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Le débat est effectivement tout à fait ouvert quant à savoir quel est le bon temps d'attente, tout comme sur la bonne densité médicale ou la distance minimale qu'on devrait avoir à parcourir pour pouvoir être soigné. Il y a là des visions très différentes, notamment selon les cantons ou les régions. Il estime que c'est une chance de ne pas avoir besoin, à Genève, de faire deux heures de route pour passer un scanner ; cette chance a certes un coût important qu'il ne faut pas négliger, et il assure que le département y est particulièrement vigilant et fait le maximum avec les moyens qu'il a à disposition. Avant l'introduction de cette disposition de la loi, rien n'empêchait une clinique privée d'acquérir autant d'IRM qu'elle le souhaitait et de facturer ses prestations à charge de l'AOS, ce qui n'est plus le cas maintenant.

M. Mathieu ajoute, concernant la hausse des coûts de la santé et la hausse des primes, que la corrélation n'est pas toujours directe. Ce ne sont pas les cantons ou les hôpitaux qui font les primes, mais les assureurs. S'agissant des HUG, cela fait huit ans qu'il y a le même tarif facturé aux assureurs qui, eux, relèvent les tarifs des primes. A la fin, c'est le canton qui paie. Tout le monde doit aller dans le même sens pour faire en sorte que cela diminue.

Un commissaire (UDC) demande si ces équipements ont un potentiel maximal d'utilisation qui ferait que, passé un certain nombre d'examen faits, les résultats ne sont plus suffisamment fiables et qu'ils seraient obligés de se séparer de certains appareils alors qu'ils sont encore en état de fonctionnement. M. Jacquemoud répond que, selon le niveau de qualité attendu, la durée de vie varie. Par exemple, si on cherche une expertise particulière, on sera un peu en dessous des huit ans, alors qu'avec une utilisation classique, cela peut facilement durer jusqu'à dix ans. Ils sont également confrontés à

l'obsolescence programmée. Dans les appels d'offres, ils essaient au maximum de se préserver de cela en mettant des clauses particulières. En termes d'utilisation, il y a des équipements, comme le scanner des urgences, qui tournent en permanence, avec 15 000 examens annuels, nécessitant plus de maintenance pour qu'ils puissent durer huit ans. D'autres équipements avec un fonctionnement classique, moins soutenu, comme en pédiatrie, l'ordre est de 5000 ou 6000 examens annuels, et les maintenances se font deux à six fois par an selon les machines.

Un commissaire (LJS) demande si les nouveaux équipements seront plus performants, avec par exemple une réduction de la durée pour le patient. M. Jacquemoud répond qu'ils essaient de combiner des durées d'examen un peu plus courtes avec également le critère de la qualité, avec une qualité de l'image bien meilleure qu'avant, donnant la possibilité de voir plus de choses. L'objectif ces dernières années est d'augmenter la capacité des machines en réduisant le temps (passer d'un examen de 30 minutes à 28 ou 26 minutes) afin de faire passer un ou deux examens de plus dans la journée. La tendance n'est en tout cas pas à l'augmentation de la durée des examens, au contraire.

Un commissaire (S) demande si se limiter au renouvellement de l'équipement existant, considérant la croissance démographique et la croissance de la demande en soins, ne revient pas à une baisse de prestations. M. Jacquemoud explique qu'avant d'arriver devant la commission cantonale, il y a la commission des équipements au sein des HUG : toute demande passe d'abord par là, et il y a déjà une remise en question pour savoir si elle est justifiée. Si une nécessité est avérée, elle est relevée au niveau des HUG, puis de la commission cantonale. Pour l'instant, ils n'ont pas besoin d'équipements supplémentaires, mais ils ont besoin de maintenir leurs prestations via le renouvellement des équipements actuels. M. Mathieu ajoute qu'il n'y a pas d'automatisme dans le renouvellement de l'ensemble du matériel. Au niveau du timing, chaque renouvellement se fait selon le matériel, les options médicales qui sont prises, les enjeux, etc. L'intérêt de ce PL est qu'il est vraiment en lien avec la condition des équipements lourds et qu'il se focalise sur de très gros matériels en apportant une valeur ajoutée dans la réflexion.

Un commissaire (PLR) demande s'il existe un cadastre de ces équipements en Suisse et, dans la comparaison cantonale qui est faite, quelle machine est la plus chère, pas seulement pour son achat, mais aussi pour sa maintenance et la qualification qu'elle nécessite. Il demande si au niveau fédéral, on est obligé de demander une autorisation pour acheter ces appareils. M. Jacquemoud répond que la commission des équipements lourds possède un recensement des équipements lourds au niveau cantonal avec les adresses, les numéros de série, etc. S'agissant des autres cantons, il ne sait pas si leurs commissions cantonales

disposent aussi d'un tel recensement les concernant. En termes de coûts d'équipements, le PET-CT est le plus cher (3 MF), puis il y a l'IRM 1.5 Tesla (1 MF) et l'IRM 3 Tesla (1.7 à 1.8 MF). Concernant le robot chirurgical, cela dépend de beaucoup de facteurs et des options choisies. Au niveau des coûts liés, il pense que c'est l'environnement de médecine nucléaire qui est sans doute le plus coûteux. Le plus rentable est l'ambulatoire.

Le commissaire demande combien il faut d'ETP pour faire fonctionner une IRM. M. Jacquemoud répond qu'il faut un radiologue et un technicien en radiologie médicale (TRM) pour un examen classique. Le TRM prend en charge le patient, l'amène dans l'IRM, la lance en fonction de ce qu'a conseillé le radiologue, puis le radiologue interprète.

Un commissaire (LC) relève le ratio entre le public et le privé s'agissant des équipements, avec 9 IRM aux HUG sur le total de 40 dans le canton. Il demande si c'est un enjeu important, notamment au sein de la commission cantonale, au regard du fait que les HUG sont un hôpital universitaire. M. Müller répond que jusqu'à l'arrivée du RREML il y a 3 ans, le marché était complètement dérégulé : beaucoup d'achats ont pu être faits et ni le département ni la DGS n'avaient de vision sur ceux-ci, sur ceux qui les achetaient et pour quel usage. Ils essaient de rattraper ce retard, mais c'est très difficile de demander à des professionnels qui ont acheté ces équipements de ne pas les renouveler, voire de les désactiver définitivement. L'enjeu pour les HUG n'est pas tant le ratio entre le public et le privé, mais celui de pouvoir être suffisamment équipés pour répondre à leurs missions. C'est aussi l'hôpital régional du canton, qui doit ainsi répondre à toutes les urgences 24 heures sur 24, 365 jours par an. A ce titre, il y a un engagement à respecter vis-à-vis de la population : celui de pouvoir les traiter dans les meilleurs délais. Or, bien souvent, un passage aux urgences implique un passage par l'imagerie. En termes de réponse adéquate aux besoins de la population, il y a cet aspect-là et l'aspect de la formation universitaire qui font qu'il y a un intérêt à préserver ce parc. En tant que canton, il y a une marge de manœuvre très limitée sur les coûts de la santé, qui se jouent majoritairement au niveau fédéral. Avec cet outil réglementaire, un premier pas est fait vers une meilleure régulation. Avec le temps, on devrait effectivement voir ce ratio diminuer. Quand on voit la part des soins urgents faits aux HUG par rapport au reste des prestataires, le ratio devrait être un peu plus élevé aux HUG, ce qui n'est pas le cas pour l'instant, car il y a eu beaucoup d'achats.

Un commissaire (Ve) demande si la durée de vie des équipements est automatiquement de 8 ans ou si une analyse est faite. M. Jacquemoud répond que la norme indiquée dans l'exposé des motifs est une norme comptable. En l'occurrence, cela correspond à peu près à la durée de vie moyenne. Comme

évoqué, la durée de vie peut varier selon la technicité et la qualité recherchée. Cela fait chaque fois l'objet d'analyses en termes de besoin, de l'état de vétusté, de ce que la société, les médecins ou les utilisateurs peuvent dire en matière d'état des machines. Il y a aussi la mise en concurrence AIMP qui prend du temps ; vu les délais de livraison, ils sont donc plutôt sur une durée de 9 à 10 ans avant de renouveler concrètement l'équipement.

### *Discussion interne*

Un commissaire (PLR) souhaiterait entendre le conseiller d'Etat pour savoir comment fonctionne la commission. Il se dit surpris qu'il n'y ait ni la direction de l'hôpital ni le conseiller d'Etat pour présenter ce PL. Ce ne sont pas des sujets anodins, et si l'une des missions du Conseil d'Etat est de faire baisser les coûts de la santé, ce n'est pas comme ça qu'il va y arriver. Il y a le problème de savoir jusqu'où répondre à la demande et dans quels délais. Il évoque la possibilité de demander un préavis à la commission de la santé, car la question est de savoir par quel bout commencer pour réduire les coûts de la santé. Il n'est pas contre ce PL, mais il pense que cela mérite une réflexion.

Un commissaire (S) souhaiterait auditionner un chef de radiologie afin qu'il parle notamment de l'évolution technologique. Il serait important d'entendre quelqu'un qui s'occupe de cet appareil et qui peut expliquer pourquoi il faut changer de machine après 8 ans. Technologiquement, cela lui paraît assez raisonnable, étant donné que les choses évoluent assez vite, en particulier dans des domaines aussi pointus. C'est la qualité des soins qui est en jeu.

Un commissaire (LC) s'intéresse à la commission cantonale. Il aimerait savoir quel est le jeu qu'a cette commission par rapport à la répartition des équipements entre les établissements publics et privés. Dans la mesure où il y a hypothétiquement trop d'équipements, la question est de savoir où il faut en enlever, et il souhaiterait savoir comment la commission cantonale traite cela. Ils pourront interroger le conseiller d'Etat à ce sujet.

Un commissaire (PLR) relève que la commission rend un rapport annuel. Il constate que sur les 16 préavis qu'elle a rendus depuis sa création, 15 étaient des préavis positifs. Cela veut dire que près de la moitié du parc a déjà été renouvelée depuis la création de cette commission.

**Audition des représentants des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) : Pr Pierre-Alexandre Poletti, chef de service du service de radiologie, Pre Laura Rubbia-Brandt, cheffe de service du département diagnostique, M. Hervé Jacquemoud, responsable centre d'ingénierie biomédicale**

M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt explique que les renouvellements concernent 9 IRM. Les 9 IRM des HUG sont dans des localisations géographiques différentes, sur les 8 sites que comptent les HUG : le site des Trois-Chêne (hôpital de gériatrie), la pédiatrie associée à l'activité de la maternité, le parc central (Cluse-Roseraie), les urgences, et une IRM se trouvant au bloc opératoire. Il est important d'avoir un renouvellement, car, comme toute structure hospitalière, ils ont le souci de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, et souhaitent être en phase avec l'évolution technologique. La réglementation actuelle cadre toutes les acquisitions de ces équipements. La patientèle concernée est aussi bien hospitalisée qu'ambulatoire (environ 50-50). 5 machines ont été regroupées sur un même site ; l'efficacité bénéficie d'une proximité des équipements. Ces IRM sont utilisées 12 h par jour, 5 jours sur 7. La nuit et les week-ends, il y a toujours une IRM fonctionnelle pour les urgences. L'activité HUG moyenne annuelle par équipement est de 2 900 patients. Les 9 IRM des HUG représentent 22% du total du canton (41 IRM) et effectuent 33% de l'activité diagnostique du canton.

M. Poletti indique qu'une IRM n'émet pas de rayons X ; elle utilise un champ magnétique puissant et un signal qui vient du corps du patient. Il n'y a donc pas d'irradiation pour le patient. L'IRM a été classée première parmi les 30 innovations médicales les plus importantes ces dernières années. L'IRM donne des informations différentes que le scanner ; un usage complémentaire est fait de ces deux appareils. Les principales indications médicales de l'imagerie par IRM sont : les maladies oncologiques (tête, prostate, gynécologique, pelvis), en détectant des tumeurs de façon très précoce ; des maladies neurologiques aiguës ou chroniques, chez l'adulte ou l'enfant, y compris la moelle épinière ; les maladies cardiaques (constat d'un déficit de vascularisation du cœur avant que l'infarctus se produise) ; les maladies du système locomoteur. Il y a aussi de nombreuses indications spécifiques chez les enfants en raison de l'absence de rayonnements (les enfants étant plus sensibles aux rayons X que les adultes), par exemple les bilans d'anomalies congénitales, l'imagerie néonatale et l'oncologie.

M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt précise que les maladies oncologiques, neurologiques et cardiaques sont les plus fréquentes dans la population. Il y a aujourd'hui un accroissement du nombre de cancers. Les IRM sont utiles dans la prévention. L'imagerie par IRM va probablement suppléer les examens sanguins. Par

ailleurs, les HUG sont la plus grosse maternité de Suisse, les grossesses complexes sont souvent référées aux HUG et l'imagerie néonatale est un pôle important dans l'activité de la maternité de l'hôpital.

M. Poletti indique que beaucoup de patients passent une IRM, car cela rend les résultats du diagnostic beaucoup plus précis : un examen clinique sera précis à 60%-70% tandis qu'une IRM permet d'arriver quasiment à 100%. On ne peut ainsi plus vraiment se passer d'un diagnostic via ces outils. Les IRM sont également utilisées dans les contextes suivants : urgences, notamment dans le cas d'accidents vasculaires cérébraux, médecine hautement spécialisée – centres de références –, formation pré et post-graduée des médecins et techniciens (la plupart des radiologues du canton sont formés aux HUG), universitaire et recherche académique en lien avec les hautes écoles (UNIGE, EPFL...). M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt précise que l'une des IRM est à 50% utilisée par le CIBM (centre d'imagerie biomédicale) rassemblant l'UNIGE, l'UNIL, les HUG, le CHUV et l'EPFL.

M. Poletti explique que ces recherches ont des répercussions cliniques importantes : des actes thérapeutiques spécialisés sont effectués sous contrôle IRM. Genève est parmi les premiers à utiliser les IRM pour traiter des zones spécifiques du cerveau liées aux tremblements. Un système d'ultrasons est ajouté à l'IRM pour ce faire. C'est très efficace : le patient arrive en tremblant et ressort sans tremblements. Les IRM doivent être changées tous les 8 ans, car ces appareils sont beaucoup utilisés, quasiment en permanence. Après 8 à 10 ans, ils connaissent des pannes qui nécessitent des réparations et qui génèrent des coûts. Par exemple, une IRM de 8 ans d'âge a connu 23 pannes en 2022, contre 5 en 2017 et 0 en 2015, quand elle a été installée. Dans les dernières années de vie d'une machine, il y a des pannes qui ont un certain coût alors qu'en cas de renouvellement, on économise les frais de maintenance.

Le renouvellement apporte aussi d'autres bénéfices, comme de nouvelles possibilités diagnostiques, plus précoces et précises, créant une meilleure chance de guérison. Cela permet aussi de mieux caractériser l'anatomie d'organe pour une préparation à une chirurgie complexe et d'avoir des séquences plus rapides (augmentation de l'efficacité, réduction des délais d'attente avec meilleur confort et efficacité). Les machines plus récentes font moins de bruit et ont une ouverture plus grande que les plus anciennes. Un renouvellement supérieur à 8 ans amène aussi une perte d'attractivité de l'institution : les médecins sont extrêmement motivés par l'intérêt de leur travail, de ce qu'ils peuvent apporter au patient, et également l'intérêt de travailler avec des machines très performantes. Avoir des machines anciennes peut diminuer cet intérêt. Il précise que l'âge moyen des IRM aux HUG est de 6.5 ans, alors que dans le canton, il est de 3.7 ans (chiffres 2021).

Un commissaire (PLR) ne conteste rien de ce qui a été dit, mais relève que la question est de savoir si l'on peut faire sans ce renouvellement. Il explique que la plupart des crédits d'investissement sont généralement acceptés par la commission sans qu'il y ait une réflexion sur l'utilité réelle de l'investissement. Il comprend que sans renouvellement, les machines actuelles vont devenir obsolètes et inutilisables. Cependant, il s'inquiète de l'escalade des coûts de la santé, et il faut trouver par quel bout prendre cette question en main. Il cite le cas de la Belgique, qui a certes un temps d'attente assez long, mais compte deux fois moins d'IRM que le canton de Genève. Les machines plus récentes apportent peut-être plus de confort, mais ce confort a un prix. Il se demande comment appréhender cette problématique et s'assurer que le besoin est avéré et ne contribue pas à la hausse des coûts de la santé.

M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt précise qu'ils ne viennent pas vendre quelque chose à la commission : ils exercent leur métier et essaient d'accomplir au mieux la mission des HUG. Eux aussi réfléchissent au quotidien aux coûts de la médecine. Dans les laboratoires, les disciplines diagnostiques qu'ils représentent comptent pour moins de 7% du coût global de la médecine. Le vrai coût vient des médicaments, de leur mauvaise prescription ainsi que de l'errance diagnostique. Plus un patient est diagnostiqué tôt et adéquatement, meilleure sera la prise en charge médicale. Diminuer le volume de la capacité diagnostique actuelle, qui est en phase avec leurs besoins, ne va pas nécessairement faire des économies. La nécessité du parc diagnostique du canton et le partenariat public-privé pour voir s'il est possible de partager des machines sont bien sûr des réflexions qui doivent être faites, mais cela doit se faire pas-à-pas et projet par projet. Les machines des HUG sont utilisées actuellement pour leurs patients. Il est difficile d'envoyer les patients hospitalisés dans le privé, de même que les patients aux urgences, pour des raisons non seulement de confort, mais aussi d'exigences médicales. Elle n'est ainsi pas certaine que ce soit avec ce sujet qu'il faille toucher dans l'opérationnel ; ils ne demandent pas des IRM supplémentaires.

Le commissaire comprend que s'il y avait des machines à supprimer, ce serait plutôt dans les cliniques privées. M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt répond qu'elle n'est pas en position de se prononcer sur l'usage qu'en font les cliniques privées. Il faut discuter de partenariats et réfléchir étape par étape pour fournir un plateau diagnostique de pointe à la population.

M. Poletti ajoute qu'outre le confort du patient, il y a un intérêt pour le patient à ce qu'il y ait ces équipements-là. L'IRM permet par exemple au patient d'être diagnostiqué sans avoir besoin de recourir à une sonde, et fournit des résultats plus précis et plus précoces. M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt précise qu'un autre élément du coût est la durée moyenne d'hospitalisation. Si des gens

attendent trop longtemps à l'hôpital pour être diagnostiqué, cela coûte. Les HUG cherchent à réduire au maximum l'hospitalisation d'un patient, et cela passe notamment par ne pas le faire attendre pour un diagnostic. Ainsi, ils utilisent beaucoup leurs machines, ce qui permet de ne pas allonger le temps passé à l'hôpital.

Le commissaire comprend que les HUG se doivent d'être à la pointe au niveau technologique. La question du nombre d'équipements se pose toutefois. Une commission est là pour les réguler, mais accepte la grande majorité des demandes. Il cite un cas où il a eu dans la même journée une radio et un scanner ; une prise de sang aurait peut-être suffi, et attendre deux ou trois jours de plus n'aurait pas changé grand-chose. Il se demande si les mêmes résultats médicaux que ceux qu'il y a actuellement ne pourraient pas être faits avec deux IRM de moins sur le canton.

M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt abonde dans le sens qu'il faut revoir l'itinéraire diagnostique du patient. Les HUG ont le projet DéCLIC qui vise à structurer les itinéraires cliniques. Cela permettra d'avoir une bonne utilisation des ressources. Cette réflexion doit se faire en prenant en compte l'ensemble, et non s'atteler juste au point spécifique que la commission traite en ce moment. Concernant le lien entre le privé et le public, il est clair qu'il va falloir y arriver. Elle n'est pas certaine que ce soit par le biais de ce renouvellement-là que cela va se faire. La commission cantonale est importante pour réguler l'ensemble : les HUG ont toujours soumis leurs achats à l'Etat ; les cliniques privées ne le font que depuis récemment. M. Poletti rappelle que les HUG comptent 9 IRM sur le total de 41 du canton, soit 22%, alors qu'ils font 33% de l'activité diagnostique, avec en plus de cela les activités de recherche, d'enseignement et de formation. Ce pourcentage est selon lui loin d'être démesuré pour les HUG.

M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt ajoute que pour éviter les doublons, ils développent des échanges, où ils ont accès aux imageries et les téléchargent, afin de ne pas reproduire les examens. Il arrive qu'un patient ait besoin de refaire une imagerie, mais pour une autre question. Ils sont sensibles à la question des coûts de la médecine et souhaitent garder les ressources pour une bonne utilisation.

Un commissaire (MCG) demande s'il y a une coordination dans l'achat et l'utilisation entre le public et le privé. M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt répond que beaucoup des radiologues en ville ont été formés aux HUG. Cela a l'avantage que les approches et méthodologies sont les mêmes. Si un patient doit ensuite être hospitalisé aux HUG, le fait qu'il y ait eu une coordination sur la façon de prendre les images permet d'éviter les doublons, sachant qu'il y a la même méthodologie dans les deux endroits. En outre, la coordination est le rôle de la

commission des équipements lourds.

M. Poletti précise qu'ils n'ont pas exactement la même patientèle. Les HUG gèrent des cas assez lourds. Ces patients peuvent difficilement être envoyés en ville, car les protocoles seraient différents et cela ne rentrerait pas dans les lignes directrices qu'il y a dans les centres très spécialisés des HUG. Par exemple, pour les tumeurs ORL, ils sont vraiment à la pointe de ce qui se fait ; le tumor board comprend un chirurgien, un ORL, une radiologue qui se réunissent pour parler de la prise en charge du patient. L'imagerie doit être faite aux HUG, car il y a un niveau d'expertise et des besoins de précision qu'ils ne pourraient pas obtenir dans le privé, où il n'y a notamment pas le volume.

M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt donne l'exemple du centre de chirurgie ambulatoire qui est en train d'être construit, où le choix a été fait de faire un partenariat public-privé. Quand le bâtiment aura été construit, il y aura une infrastructure commune entre le public (HUG) et le privé (Hirslanden), chacun venant avec ses patients. Avec l'Hôpital de la Tour, il y a des accords précis relativement aux urgences, à la prise en charge oncologique, avec des éléments de coordination. L'Hôpital de la Tour est plus semblable aux HUG, car c'est aussi un centre de formation. La coordination se fait, et de plus en plus. Cela se fait cependant à géométrie variable selon les acteurs.

M<sup>me</sup> Rubbia-Brandt ajoute que les HUG sont en sous-dotation par rapport aux autres hôpitaux universitaires de Suisse. Les HUG sont le plus grand hôpital de Suisse avec 1800 lits, mais sont sous-dotés. C'est dans le privé qu'il y a plus de dotation. Il va falloir rééquilibrer.

### **Audition de M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat en charge du DSM, et de M. Adrien Bron, directeur général de la santé, DSM**

M. Maudet indique que ce PL a été initié par son prédécesseur, M. Poggia. Ce passage en commission a été pour lui l'occasion de prendre connaissance du modèle de fonctionnement de l'analyse des besoins, étant donné qu'il a pris ses fonctions au début de ce mois. Il s'est posé les mêmes questions que les membres de la commission s'agissant de l'opportunité du matériel en question, sachant que les coûts de la santé sont également tributaires de l'offre générée sur le territoire. Il a également pu mieux comprendre le fonctionnement de la commission mixte, intégrant des acteurs publics et privés, et qui se pose la question de l'opportunité du déploiement de ces équipements sur le canton. Il ne peut personnellement pas juger de la pertinence et de la durée de vie des équipements actuels, mais indique que les éléments qui l'ont convaincu en lisant le rapport qui a été remis est que les HUG ont 22% des IRM cantonaux

pour 33% de l'activité. Il témoigne qu'il y a un usage extrêmement soutenu de ces appareils. Par exemple, un dimanche aux urgences, il faut attendre quelques heures pour passer un examen étant donné qu'il n'y a qu'un appareil. Selon lui, ce PL correspond en tous points aux standards que l'on souhaite maintenir pour le canton. M. Bron rappelle qu'il s'agit d'un crédit de complément au crédit de renouvellement ; il s'agit d'un maintien du parc actuel et non d'une extension de celui-ci, afin de continuer à fournir les prestations à la population.

Un commissaire (PLR) souhaiterait savoir comment fonctionne la commission cantonale des équipements médico-techniques lourds (EMTL). Sur les 25 dernières demandes, une seule a été préavisée négativement par celle-ci. Selon eux, la commission est composée uniquement de personnes qui ont un intérêt à ce que ces équipements soient acquis, ce qui fait qu'ils sont inévitablement acquis. En outre, dans un article de RTS Info du 6 février 2020 traitant du fait que les EMTL sont de plus en plus réglementés en Suisse romande, M. Poggia disait : « Je pense qu'on a des habitudes d'enfants gâtés ici à Genève. Les Genevois sont suréquipés pour ce type d'investissements. » Il en veut pour preuve qu'en Suisse et en particulier à Genève, il y a certainement le ratio de nombre d'IRM le plus élevé par rapport à la population. En Belgique, il y a 136 IRM pour 12 millions d'habitants, alors qu'en Suisse il y a 215 IRM pour moins d'habitants. La vraie question est celle des coûts de la santé et de savoir par quel bout commencer pour faire baisser les primes d'assurance maladie.

M. Maudet répond que s'il n'y a pas d'intervention sur l'inflation, publique comme privée, des équipements avec une prise en main de la planification par l'Etat, le risque est qu'il y ait une course à l'équipement et que les primes s'en ressentent ensuite. La question sous-jacente est de savoir comment s'assurer d'avoir la meilleure planification possible pour garder une relative maîtrise sur le système des primes. M. Bron explique que la loi fédérale laisse assez peu de marge aux cantons pour la régulation. La régulation des EMTL a fait l'objet d'une jurisprudence du Tribunal fédéral et Genève, comme d'autres cantons, a fait usage de cette compétence pour instaurer un processus de régulation, notamment via la commission cantonale. Cela ne fait pas tout, mais cela contribue. Personnellement, il est très satisfait de l'effet de la commission cantonale. L'idée était de mettre un plafond, a priori d'accepter les renouvellements, mais pas automatiquement, et l'on pouvait présumer, au moment du recensement (2019), que les besoins étaient remplis, ce qui constitue le critère d'évaluation de la commission. Il n'y a pas de norme de qualité avec un ratio défini d'IRM pour tant d'habitants ; cela dépend de plein de facteurs (manières de consommer la médecine, appétence de la

population...). Il y a eu beaucoup de préavis positifs, mais cela concerne pour la quasi-totalité des renouvellements. L'effet de la création de cette commission est qu'il n'y a pas eu d'augmentation du parc, alors qu'il y avait précédemment une augmentation année après année. Plusieurs dizaines de projets n'ont ainsi pas vu le jour du fait que cette clause existe. Il ne s'agissait pas d'interrompre le renouvellement technique et l'évolution de l'offre aux Genevois. Quelques exceptions ont été acceptées, par exemple pour que les Grangettes s'équipent d'une IRM diagnostique aux urgences. Les seules exceptions qui ont été acceptées l'ont été quand cela permettait un accès rapide aux prestations par la population dans des endroits assez critiques. La commission a un effet très réel et a permis de ralentir la course à l'équipement.

L'évaluation est faite par des spécialistes. L'avantage d'avoir des gens du métier et concernés dans la commission est que cela amène beaucoup de compétences, mais il faut aussi lutter contre un certain protectionnisme. Il y aurait en effet plutôt une tendance à dire non à toute demande d'acquisition, car ceux qui sont déjà équipés ont ce qu'il faut, en demandant des renouvellements pour eux-mêmes et en refusant le reste. La pierre de touche reste l'appétence de la population pour une certaine rapidité de l'accès aux soins. Il y a des pays qui ont de très bons résultats en termes de prise en charge de santé, comme le Canada, mais les gens sont mécontents, car il y a un très long temps d'attente. Enfin, un autre élément qui intervient dans la réflexion est que de tels outils diagnostiques sont utilisés s'ils sont à disposition, alors qu'ils n'ont parfois aucune utilité selon le cas. Ce n'est toutefois pas à la loi ni à l'Etat de définir cela. Des incitatifs et une réflexion sont essentiels, mais ce n'est pas le travail de cette commission cantonale.

Le commissaire estime que, au prix d'un examen IRM (environ 1000 F), à raison de 2918 actes par machine par année, cela fait 3 MF de chiffres d'affaires par année par machine, pour une machine qui vaut 1.5 MF, plus les coûts de fonctionnement. Il a le sentiment qu'il y a une course au diagnostic et que tant que les machines sont là, les médecins sont encouragés à les utiliser. Il comprend que des changements soient nécessaires pour suivre l'évolution technologique, mais il se demande jusqu'où cela va aller et où sont les pistes pour qu'il y ait une vraie réflexion sur le sujet, dans la mesure où il y en a 9 aux HUG, mais 31 dans les cliniques privées, qui ont un concept économique différent, avec des questions de rentabilité.

M. Maudet répond que, concernant le cas des HUG, il ne pense pas que le nombre d'actes soit en lien avec des questions de rentabilité, car il voit bien l'utilité qu'il y a à recourir à ces machines. Cela dit, globalement, il conçoit qu'il puisse y avoir une tentation d'amortir un tel équipement en l'utilisant parfois quand ce n'est pas nécessaire. M. Bron indique que la commission

cantonale permet d'avoir cette réflexion-là. Il n'y a plus de course à l'équipement dans le canton grâce à cela. Concernant le nombre d'actes, le risque se situe plutôt dans un cabinet qui en fait 1800 par année, dont 600 seraient inutiles, car il y a là un vrai incitatif économique à l'utiliser au maximum, ce qui n'est absolument pas le cas aux HUG. Ces équipements publics sont fortement utilisés et permettent de maintenir l'accès aux soins au rythme voulu par la population. S'il y avait une régulation encore plus forte, avec une diminution du parc qui augmenterait les temps d'attente, il n'est pas certain que la population serait satisfaite.

Un commissaire (LC) observe que la question était de savoir quel effet pouvait avoir la commission cantonale pour stopper une augmentation excessive le cas échéant. Pour les députés, la prise qu'ils pouvaient avoir via ce projet de loi était de réduire les équipements sur le canton en ciblant ceux des HUG, ce qui n'est pas forcément la meilleure idée. Il était donc nécessaire d'entendre le département sur cette question et le fonctionnement de la régulation. Il se réjouit que la commission ait bien un effet.

Un commissaire (UDC) cite l'exposé des motifs du projet de loi : « Par ailleurs, 5 projets d'investissements immobiliers ont dû être intégrés dans le périmètre du crédit de renouvellement 2020-2024. » On peut lire ensuite : « Malgré cela, le crédit de renouvellement 2020-2024 est insuffisant pour couvrir les besoins. » Il demande comment cela se fait que des projets d'investissements immobiliers aient été intégrés dans le crédit de renouvellement. M. Bron répond que ces crédits de renouvellement sont faits précisément pour cela : avant tout, ils sont faits pour le renouvellement des investissements du bâtiment. Historiquement, il y a eu une coupe drastique sur les montants annuels des crédits de renouvellement des HUG, devenus insuffisants pour plusieurs années, puis corrigés à la hausse, mais encore de façon insuffisante, ce qui fait que des priorités sont faites dans cette enveloppe annuelle forfaitaire, essentiellement utilisée pour du renouvellement immobilier. Concernant les EMTL, la volonté était de présenter cela de façon cohérente en déposant un PL de renouvellement spécifique, afin que les députés aient la vue d'ensemble.

Un commissaire (MCG) observe qu'aux HUG, il y a une utilisation rationnelle et justifiée de ces machines qui fait l'objet de beaucoup de discussions dans des réunions multidisciplinaires. Cela se fait aussi dans certaines cliniques privées, mais pas dans toutes. Il n'est pas toujours utile d'avoir recours à ces appareils pour faire un diagnostic, d'autres moyens suffisent selon les cas. Aujourd'hui, il est fréquent qu'on demande de faire une IRM pour assurer quelque chose qui peut être assuré autrement, alors c'est un examen cher. Il est ainsi très important d'avoir des indications claires sur quand

il faut ou ne faut pas faire une IRM, un scanner ou autre. Cela peut être résolu en faisant des itinéraires cliniques, qui précisent quelles sont les indications des différentes pathologies, comment utiliser les machines et qui définissent les examens à faire, sans pouvoir en faire un en plus sous prétexte que le patient l'a demandé. Les itinéraires cliniques assurent le bon traitement des patients, une utilisation rationnelle et optimale des appareils, et protègent les médecins d'éventuelles poursuites juridiques. Il faut selon lui contraindre les médecins à définir ces itinéraires. Un autre élément est le réseau public-privé pour tout ce qui concerne l'ambulatoire. Un examen ambulatoire peut être fait indistinctement, selon les disponibilités, à l'hôpital ou dans le privé. Il faut une interpénétration plus grande entre le public et le privé à ce niveau-là. Concernant le renouvellement des équipements, il est parfaitement conscient qu'il y a ce besoin aux HUG et le soutient pleinement.

Répondant à une interrogation de la présidente, le commissaire MCG confirme que l'Etat peut exercer un pouvoir sur ces itinéraires cliniques. L'Etat a la capacité de faire la clause du besoin et de réguler les équipements via la commission cantonale ; il aurait à son sens le devoir absolu d'imposer dans différentes spécialités un itinéraire clinique qui a pour but la qualité pour le patient et l'économicité de la prise en charge. Ce ne sera pas forcément facile et bien accueilli de mettre cela en place, mais c'est selon lui nécessaire.

Un commissaire (S) rappelle toutefois qu'avant qu'il y ait ces moyens de diagnostic, il y a eu beaucoup d'opérations qui ont été faites alors qu'il n'y avait finalement pas de problème. Ces appareils constituent tout de même un progrès et permettent d'éviter des opérations dont on aurait pu se passer. En outre, les HUG sont un hôpital universitaire qui se doit de faire un certain nombre d'examens en explorant toutes les possibilités précisément pour, ensuite, faire des études rétroactives et savoir ce qu'il est indiqué de faire. Les itinéraires cliniques ont besoin de ce travail du côté des hôpitaux universitaires pour pouvoir être définis.

Un commissaire (Ve) demande dans quelle mesure, à travers les impulsions du Conseil d'Etat ou par la voie législative, il est possible d'influencer les pratiques médicales. M. Maudet répond que la législation fédérale donne un cadre et que d'un canton à l'autre, il y a des différences culturelles très fortes qui interviennent. Des variations de coûts importantes s'observent entre les différents cantons. La marge de manœuvre existe, mais reste à savoir les efforts et le coût politique que cela représente, comme récemment avec la clause du besoin. Il s'agit de restrictions étatiques à un cadre économique qui est en principe plutôt libéral ; cela ne va donc pas de soi et génère de forts débats, posant ainsi la question de l'effectivité de la mesure. Quant à l'économicité de la médecine, il faut une intervention de l'Etat et un cadrage pour assurer une

maîtrise des coûts. Il ne peut pas encore dire clairement quelle sera sa politique en la matière, n'ayant pas expérimenté toutes les marges de manœuvre, mais Genève est un canton avec une direction générale de la santé assez forte et qui exploite ces marges.

M. Bron ajoute que Genève a effectivement à cœur d'exploiter ces marges de manœuvre, étant donné que c'est un canton complètement atypique, avec des coûts ambulatoires 50% plus chers que pour le deuxième plus cher de Suisse. Cela dit, ce n'est ni la législation ni l'administration qui définissent les bonnes pratiques médicales. Cela relève des règles de l'art des médecins. Dans le domaine public, on peut tout à fait encourager les colloques, l'interprofessionnalité et la réflexion collective, généralement en injectant de l'argent supplémentaire à ce qui est payé par la LAMal pour que ces réflexions existent et que du temps y soit consacré. En revanche, il n'y a aucune marge de manœuvre pour empêcher un médecin de faire ce qu'il veut dans le catalogue des prestations LAMal. Il est très compliqué et très limité de conditionner l'accès au remboursement LAMal dans l'actuel cadre fédéral.

Un commissaire (PLR) estime que, de la même manière que certaines infrastructures sont parfois considérées comme des aspirateurs à voitures, il est possible que si l'on double les IRM, cela fasse une sorte d'aspirateur à diagnostics par IRM, ce qui augmenterait le nombre d'actes effectués. M. Maudet répond qu'une démonstration assez claire a été faite : via l'existence de cette commission cantonale, on n'a pas augmenté le volume d'équipements malgré l'augmentation de la population. Par ailleurs, il y a une tendance à une collaboration plus forte entre les cliniques privées et publiques du canton. Un entonnoir peut se créer par une analyse et une appréhension du matériel disponible dans le canton. Il veut croire que, notamment sur les questions d'hospitalisation, l'approche public-privé amène à une forme d'entonnoir.

## Vote

### *1<sup>er</sup> débat*

La présidente met aux voix l'entrée en matière du PL 13171 :

Oui : 15 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 2 UDC)

Non : -

Abstentions : -

**L'entrée en matière est acceptée.**

**2<sup>e</sup> débat**

Titre et préambule	pas d'opposition, adopté
Art. 1	pas d'opposition, adopté
Art. 2	pas d'opposition, adopté
Art. 3	pas d'opposition, adopté
Art. 4	pas d'opposition, adopté
Art. 5	pas d'opposition, adopté
Art. 6	pas d'opposition, adopté

**3<sup>e</sup> débat**

La présidente met aux voix l'ensemble du PL 13171 :

Oui :	15 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 2 UDC)
Non :	-
Abstentions :	-
<b>Le PL 13171 est accepté.</b>	

La commission des travaux vous invite donc à voter favorablement ce projet de loi, comme elle l'a fait à l'unanimité.

## Contexte et rappel

- Un crédit de 21 600 000 CHF pour les investissements de **renouvellement** (uniquement) des équipements médico-techniques lourds (EMTL) des Hôpitaux universitaires de Genève auparavant intégrés dans le crédit global de renouvellement de 180 mios sur 5 ans (20-24)
- Le renouvellement des **équipements existants** répond à la nécessité de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients HUG ainsi qu'aux évolutions technologiques. Il est soumis à des réglementations.
- Les EMTL ont également vocation à maintenir un niveau élevé d'exigence en matière de **formation** (médecins et TRM) et de **recherche** que réclame un **hôpital universitaire de référence**.

### Parc d'IRMs des HUG :

Bloc op		Radiologie centrale – Cluses Roseaie					Pédiatrie	Trois Chêne
GIBOR IRM 3T 09/2019	N°2 IRM 3T 2011	N°8 IRM 3T 05/2015	N°6 IRM 1,5 T 10/2019	N°1 IRM 1,5T 04/2015	N°7 IRM 3 T (50% rech. CIBM) 06/2014	N°9 IRM 3T 09/2019	S81 IRM 1,5T 10/2015	3Chêne Gériatrie IRM 3T 10/2014
	> 12 ans	> 8 ans		> 8 ans			> 8 ans	> 9 ans



- Au bénéfice des patients hospitalisés et ambulatoires
- Mutualisation et polyvalence des machines => parc très sollicité
- Aux HUG : Utilisées 12 h/j (5/7j) et disponibles nuits et WE sur appel pour urgences
- Activité HUG moyenne annuelle par équipement = 2'900 pts (Canton GE ~ 2'000 )
- HUG = 9 IRM sur 41 (Canton GE) soit 22 % (pour 33% de l'activité diagnostique du Canton)

1 juin 2023

## Utilisation médicale des IRMs aux HUG



- L'IRM a été classée première parmi les 30 innovations médicales ayant eu le plus grand impact sur la qualité de la prise en charge des patients
- L'IRM utilise un champ magnétique puissant (gros aimant) et est donc non irradiante (pas de rayons X)

### Principales indications médicales de l'imagerie par IRM

- **Maladies oncologique** (tête, prostate, gynécologique, pelvis)
- **Maladies neurologiques** aiguës ou chroniques, chez l'adulte ou l'enfant, y compris la moëlle épinière
- **Maladies cardiaques**
- Maladies du **système locomoteur**
- Nombreuses indications spécifiques **chez les enfants**, en raison de l'absence de rayonnements (enfants plus sensibles aux rayons X que les adultes).  
Exemple: bilans d'anomalies congénitales, imagerie néonatale, oncologie



1 juin 2023

## De plus aux HUG les IRM sont utilisées pour:



- Urgences
- Médecine hautement spécialisée – Centres de références
- Formation pré et post graduée des médecins et TRM
- Universitaire et recherche académique en lien avec hautes écoles (UNIGE, EPFL,...)
- Actes thérapeutiques spécialisés sous contrôle IRM

1 juin 2023

## Pourquoi les IRM doivent-elles être changées après 8 ans aux HUG ? Importance de tenir compte de la durée de vie opérationnelle :

Renouvellement tous les 8 à 10 ans en fonction des évolutions technologiques rapides du domaine, des besoins médicaux, de la qualité et sécurité des patients, de projets spécifiques, ainsi que des surcoûts engendrés par des équipements obsolètes

Exemples de gains pour le patient mais également financiers à l'utilisation IRM :

- Nouvelles possibilités diagnostiques, plus précoces et précis impactant sur une meilleure chance de guérison
- Meilleures caractérisations de l'anatomie d'organe pour une préparation à une chirurgie complexe
- Séquences plus rapides: augmentation de l'efficacité, réduction des délais d'attente avec meilleur confort et efficacité, ...

Conséquence d'un renouvellement > 8 ans: lien avec les surcoûts entretien / l'évolution rapide du domaine

- Usure: pannes beaucoup plus fréquentes après 8 ans: coût d'entretien et de personnel non mobilisable ailleurs (perte d'environ 12'000 frs / machine / jour d'immobilisation)
- Machine anciennes coûts d'entretiens plus élevés (environ 100'000 frs / an / machine). Une machine neuve n'a pas de coût d'entretien pendant 2 ans.
- Perte d'attractivité de l'institution

PS: Age moyen des IRM aux HUG = 6.5 ans ; Canton = 3.7 ans – chiffre 2021

1 juin 2023