

*Date de dépôt : 6 mars 2018*

## **Rapport**

**de la Commission de la santé chargée d'étudier :**

**a) RD 1133-A Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la  
planification sanitaire du canton de Genève 2016-  
2019**

*Rapport de majorité de M. Francisco Valentin (page 2)*

*Rapport de première minorité de M. Bertrand Buchs (page 65)*

*Rapport de deuxième minorité de M. Marc Falquet (page 67)*

*Rapport de troisième minorité de M<sup>me</sup> Sarah Klopmann (page 71)*

**b) P 1854-D Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la  
pétition concernant la situation de la psychiatrie  
adulte**

*Rapport de M. Francisco Valentin (page 2)*

## RAPPORT DE LA MAJORITÉ

### Rapport de M. Francisco Valentin

Mesdames et  
Messieurs les députés,

#### Séance du vendredi 31 mai 2013

*Présidence : M. Mauro Poggia*

*Assistent :*

- *M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat*
- *M. Adrien Bron, directeur de la direction générale de la santé, DARES*

*Procès-verbaliste : M<sup>me</sup> Laura Platchkov*

#### ***Audition de MM. Julien Dubouchet Corthay, secrétaire général de Pro Mente Sana, Jean Dambron, président de l'association Le Relais, pétitionnaires***

Le président accueille les pétitionnaires qui entrent en séance.

M. Dubouchet Corthay explique qu'il est secrétaire général de Pro Mente Sana. Il vient avec M. Dambron, président de l'association Le Relais, une association qui s'occupe des proches des personnes souffrant de troubles psychiques. M. Dambron dira quelques éléments factuels concernant les observations faites par les milieux intéressés et qui étaient au fondement de leur inquiétude. M. Dubouchet Corthay conclura.

M. Dambron remercie les commissaires de les recevoir. L'association Le Relais est une association de proches, travaillant sur le terrain avec les familles et les personnes concernées. Ils ont été choqués en 2012 par cette « hémorragie » de médecins aux HUG. Il rappelle que dans le domaine de la psychiatrie adulte, 22 chefs de clinique sont partis à ce moment. La cause était bien sûr l'ouverture de la clause du besoin, mais peut-être aussi des problèmes de management du personnel. Dans d'autres cantons, comme Vaud, il n'y a pas eu cette même hémorragie de médecins parce que les médecins au CHUV ont le droit d'exercer 20% de leur temps dans le privé en même temps qu'ils restent au CHUV. Ce serait un moyen de retenir les médecins dans le cadre des institutions hospitalières genevoises. Cette souplesse pourrait être intéressante. Le remplacement de ces médecins s'est fait. On a entre autres engagé des médecins étrangers, mais il faut qu'ils aient la connaissance du réseau genevois

et de la langue. On s'aperçoit qu'il faudra 2 à 3 ans pour récupérer ces départs. Il s'agit aussi de liens qu'ils avaient créés en tant qu'association aussi. Ils ont un très bon partenariat avec les HUG à tous les niveaux. C'était une perte pour eux et pour tout le monde. Il signale qu'à Genève, il y a un psychiatre pour 800 habitants, alors que la moyenne européenne est de 1 psychiatre pour 3500 habitants. Le recours à la psychiatrie institutionnelle est plus intéressant souvent dans les débuts, car il y a tout un réseau dans les consultations à l'hôpital de médecins, infirmières, assistants sociaux, etc. S'agissant des mesures d'économie, on sait qu'en 2012, les besoins ont plutôt tendance à augmenter. A l'hôpital de Belle-Idée, il y a +10% de besoins. Les mesures d'économie sont de 4 millions de francs en 2013 et 2,3 millions en 2014. En 2012, 22 postes infirmiers et 6 postes d'assistants sociaux ont été supprimés. Or, la présence d'assistants sociaux est quelque chose de capital. En effet, dans les problèmes psychiques, le social et le médical sont liés. On peut toujours chercher à être plus efficace dans le travail – ce qui a été fait –, mais M. Dambron insiste sur le rôle de la relation humaine dans les problèmes psychiques, qui est capital pour faire évoluer la personne concernée. Les thérapeutes à la fois médicaux et psychosociaux, c'est fondamental. Il faut du temps et des moyens en ressources humaines pour aboutir à des résultats dans les problèmes psychiques. Le 1<sup>er</sup> janvier 2013 est entrée en vigueur la nouvelle loi sur la protection de l'adulte et de l'enfant. Avec cette loi, on voit que dans les décisions qui seront à prendre par le TPAE, l'interdisciplinarité est très importante. Ce n'est pas qu'un médecin qui va décider, mais aussi des assistants sociaux, la famille, etc. Pour ceci, il faut du temps, des moyens, et du personnel. Quand il y a des curatelles, le Service de protection de l'adulte (SPAD) a des moyens largement insuffisants. Une assistante sociale là-bas s'occupe actuellement de 140 mandats. Elle va s'occuper des problèmes financiers de la personne qu'elle a à charge, mais le lien humain n'est pas possible dans ces conditions. On implique de plus en plus les proches dans cette nouvelle loi. L'association Le Relais fait partie de la Commission consultative des proches aidants, dans le cadre du DARES. Là aussi, on voit que dans la nouvelle loi, on remet beaucoup de charges sur les familles, et l'Etat se désengage de certaines charges des fois. Or, les familles ont besoin d'être aidées, car elles n'en peuvent parfois plus, etc. C'est une dimension importante. Il évoque ensuite les lieux de vie. Dans la politique genevoise de la psychiatrie, l'idée est de dire que l'on veut redonner une autonomie à ces personnes, avec une vie digne pour eux. Or, à Genève, on constate – ils vont refaire une conférence à ce propos – que l'on est en déficit majeur s'agissant des lieux de vie. M. Dambron suggère de diversifier les lieux de vie plus ou moins médicalisés, intermédiaires, qui sont des moyens de passer de l'hôpital à la vie plus normale. Là aussi, on en manque beaucoup. Il y a des listes

d'attente et c'est une difficulté. L'Hospice Général est parfois obligé de mettre certaines personnes dans des hôtels « pourris » à 80 F la nuit, car on ne trouve pas de lieux de vie. Il est urgent d'augmenter cette offre diversifiée. Cela demande des moyens, car dans les problèmes psychiques, il n'est pas souhaitable que les parents hébergent toujours leurs enfants une fois qu'ils sont adultes. Son fils est schizophrène. Il est au Centre Espoir. Le but des parents est de trouver des lieux de vie indépendamment de leur famille, pour qu'ils aient cette autonomie. Les parents disparaîtront avant, et il faut que ces personnes aient un lieu digne pour eux. Dans ces lieux de vie, tous les rôles sont importants – celui des infirmiers, des assistants sociaux, etc. Il voit que l'on commence à engager des « ASE » ; or, c'est plus qu'un accompagnement qu'on demande parfois. Un assistant social est parfois plus intéressant qu'un infirmier. Sans ces lieux de vie, on aboutit à une mauvaise intégration, car le but est de les réintégrer dans la société normale. A ce moment, on va arriver à une précarisation de ces malades qui risquent de se retrouver dans la rue, ce qui n'est pas souhaitable. Ces points sont importants pour progresser. On peut faire des économies à court terme, qui peuvent paraître intéressantes, mais à long terme, ce ne sont pas forcément des économies, car ces personnes risquent de faire des aller-retour à l'hôpital si cela ne colle pas, ce qui coûte cher à tout le monde. Les problèmes psychiques ne sont pas du tout les mêmes que les problèmes somatiques. On est obligé d'intégrer les problèmes sociaux et médicaux ensemble.

M. Dubouchet Corthay insiste sur les investissements dans la politique de santé. Un certain nombre d'études en économie de la santé montrent que les politiques de santé ont des effets d'investissement directs et indirects – directs notamment, car un niveau de santé plus élevé permet d'avoir une main-d'œuvre en meilleure forme, moins d'arrêts maladie, etc. C'est particulièrement le cas dans le domaine de la santé psychique. Prenant l'analogie avec les EMS, on peut réduire les coûts, les gens vont voir leur qualité de vie diminuer, car l'encadrement sera moindre, mais la logique purement économique est relativement respectée. Il y a bien sûr des questions de dignité qui sont à trancher, mais économiquement, c'est relativement logique. Dans le domaine de la santé psychique, on n'a pas ces problématiques. L'absence de traitement, de lieu de vie adéquat, amène à une péjoration des situations, à une chronicisation des troubles, qui est un élément qui doit être pris en compte. Les troubles psychiques ne sont pas des affections définitives. Les gens connaissent des épisodes de troubles. Beaucoup cessent d'en faire, se stabilisent, et trouvent des moyens de mener une vie conforme aux attentes sociétales. Cette chronicisation potentielle est facilitée par l'absence de prise en charge adéquate, ce qui génère des coûts énormes. Il rappelle que les

troubles psychiques sont souvent expérimentés à la sortie de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Il y a des personnes qui arrivent à l'AI alors qu'ils n'ont qu'une vingtaine d'années. Dans ces cas, cela implique 40 ans de rente AI. L'intérêt d'agir sur ces situations est donc évident du point de vue économique. Il faut avoir cette vision à long terme des investissements dans le domaine de la santé. Ils sont conscients de la situation financière de l'Etat. Il évoque la séparation au niveau politique du social et de la santé. On sait que les gens se parlent quand même, mais on a construit des départements différents sur ces entités, et on a l'impression que les différentes institutions tendent à se recentrer sur leur corps de métier. Ils ont ressenti cela. Il évoque la réponse du Conseil d'Etat par rapport aux assistants sociaux dans le domaine de la psychiatrie. Il y a la logique de dire qu'à l'hôpital on soigne, et pour l'aspect social, on a plein d'associations spécialisées et l'Hospice. Cette logique est dangereuse. Ils en voient les dérives potentielles. Pour l'instant, il n'y a pas de prestations abandonnées, et les économies sont faites sur l'aménagement des horaires, sur la diminution quantitative de la prise en charge. Pour la psychiatrie, qui est une discipline de la relation, le temps est un facteur essentiel. On a moins de temps, mais il s'agit aussi de personnes qui sont parfois étrangères et qui n'ont pas toujours la connaissance du réseau social, ni forcément les idées adéquates à proposer, ce qui renforce l'accent sur la médication. Ils ont des craintes que l'on aille vers la surmédication. Or, dans le domaine des troubles psychiques, la médication est plutôt de l'ordre du soin palliatif que de la guérison. Il s'agit de traitement des symptômes uniquement, sans guérir. Le but de la psychiatrie n'est pas simplement de neutraliser les gens du point de vue des inconvénients sociétaux qu'ils peuvent représenter. Aujourd'hui se pose un problème par rapport à l'absence de fluidité dans le système de prise en charge. Avec le nouveau droit de la protection de l'adulte, il y a des placements à des fins d'assistance, des hospitalisations non volontaires décrétées soit par un médecin, soit par la nouvelle autorité de protection de l'adulte. Les conditions sont d'ordre médical, même si on prend en compte le risque de mettre en danger soi-même ou autrui. Ainsi, des gens sortent de Belle-Idée, retournent dans la société et reviennent quelques jours après par ordonnance du Tribunal, car ils ont un problème social. Cela génère des coûts. A peu près toute alternative est moins onéreuse que l'hospitalisation. Les orientations prises ici paraissent donc dangereuses. Au-delà des connaissances dites « scientifiques » sur la psychiatrie, il y a toute une série de connaissances par les usagers de la psychiatrie, qui ont développé un nombre de méthodes qui tablent sur les possibilités qui existent de se rétablir. Pour cela, on n'a pas besoin d'une médicalisation à outrance, mais d'avoir des structures intermédiaires, des lieux qui permettent une forme d'expérimentation de l'autonomie et dans lesquelles les personnes réapprennent à retrouver les

ressources en elles-mêmes pour faire face à leurs troubles. La crise de logement ne va pas aider, mais cela reste des choses qui peuvent être moins onéreuses et diminuer les hospitalisations. Il y a aussi le projet qu'ils défendent des « pairs aidants » que l'on peut intégrer dans les équipes de santé et éducatives, qui sont des personnes qui amènent le regard des patients dans le traitement et qui permettent d'éviter le tout pharmaceutique et développer des stratégies plus créatives. Pour cela, il faut vraiment une vision très large. Ils ont la crainte qu'il y ait une tendance à recentrer sur des missions plus immédiatement évidentes.

Une députée S rappelle qu'à l'occasion de l'adoption de la planification sanitaire, la Commission de la santé a adopté une résolution qui invite le Conseil d'Etat à aborder cette question. La question à l'adresse du Conseil d'Etat sera peut-être de savoir comment il compte s'y prendre, car la prochaine planification sanitaire est relativement éloignée, étant pour 2016. Il y a peu de temps, les députés ont posé une question à l'occasion des bruits qui courraient sur la diminution des assistants sociaux. Ils ont reçu une réponse qui la laisse un peu sur sa faim. Il a été dit qu'il y a une diminution des lits, moins de cas psychiatriques et qu'on l'observe aussi dans l'ambulatorio. D'un autre côté, il lui semblait que l'on avait désigné Genève comme une ville ayant beaucoup de problèmes liés notamment à la dépression. Elle demande leur appréciation de la situation aujourd'hui - où l'on se situe quant à l'évolution du nombre de cas psychiatrique, et ce qu'ils incluent dans le périmètre qui les concerne. Elle s'enquiert du concept des « pairs aidants ».

M. Dubouchet Corthay répond que la diminution des lits n'est pas un indice de diminution des problèmes psychiques, mais une tendance générale européenne, issue notamment de la demande des patients. C'est la fin du monde asilaire qui est derrière. On ne peut que s'en féliciter de ce point de vue. Une forme de tournant ambulatorio était souhaitée et souhaitable. Le problème n'est pas là. La question de la demande est dure à évaluer. On sait qu'une majorité de personnes présentent a priori des symptômes de troubles psychiques qui ne font l'objet d'aucune prise en charge thérapeutique. On a de la peine à l'évaluer, car beaucoup de ces troubles passent en fait par une gestion sociale des affaires et ne font pas forcément l'objet de demandes ciblées sur les institutions psychiatriques. Il ne voit aucun élément qui permettrait de penser que la situation s'améliore du point de vue de la santé psychique générale étant donné la connaissance que l'on a des facteurs facilitants. Dans *Le Temps*, il y avait le compte-rendu d'une étude américaine faite sur les effets des politiques d'austérité sur la santé. On sait que l'incertitude économique, les restrictions dans d'autres secteurs que la santé elle-même ont des impacts sur la santé psychique. Il n'a pas plus d'hypothèses s'agissant de savoir si les

demandes enregistrées ont effectivement diminué, mais ils ne font pas l'observation que ce soit une réalité.

M. Dambron ajoute que notre société ne va pas diminuer les troubles psychiques. Par exemple, les troubles schizophréniques concernent 1% de la population dans tous les pays du monde – quel que soit le niveau social, économique, etc. On sait que les facteurs environnementaux sont très importants : les problèmes de drogues, d'alcool, de stress sont des facteurs qui favorisent l'expression de certaines personnes qui ont des fragilités génétiques ou autres et qui vont l'exprimer parce que l'on vit dans une société comme la nôtre. Il ne voit pas comment cela diminuerait. A Belle-Idée, il y a des surcharges de lits. La pression des assurances fait que l'on veut que la psychiatrie devienne rentable. Ainsi, on va peut-être laisser sortir des personnes plus vite que l'on aurait dû le faire. A ce moment, on ne va pas bien traiter les problèmes et les personnes vont faire des aller-retour. Il ne voit pas comment c'est en diminution actuellement. A son avis, la prise en charge sera conséquente, car ce ne sera pas en diminution dans les futures années.

M. Dubouchet Corthay dit que l'idée des pairs aidants est de former des personnes qui sont des anciens usagers de la psychiatrie, une fois stabilisés, pour intervenir au sein des équipes soignantes ou éducatives. Pour les équipes, ceci a pour bénéfice d'apporter l'expertise de l'expérience – ceux qui connaissent le mieux l'effet des traitements sont ceux qui les ont subis. D'autre part, cela apporte, auprès des patients, un message d'espoir sur la possibilité de se rétablir, ce qui favorise beaucoup l'alliance thérapeutique qui reste le fondement indispensable à une prise en charge réussie.

Une députée Ve évoque la diminution de personnel de la santé en 2012. Elle demande s'ils ont déjà pu observer une diminution au niveau de la qualité de la prise en charge, ou le cas de situations où les crises s'accéléraient par rapport à ce qui était connu de la personne.

M. Dambron répond qu'ils manquent un peu de recul pour juger cela. Toutefois, on s'aperçoit que, comme on veut que la psychiatrie soit rentable et qu'il a moins de postes, on a moins de temps à consacrer à la personne à soigner. Beaucoup de personnes refusent tout soin au départ. C'est un cas classique. Ainsi, pour qu'il y ait une acceptation, il faut prendre les soins le plus tôt possible dans les troubles. Il cite le programme Jade à Genève. Plus on prend en charge le problème tôt, mieux c'est. Pour cela, le lien humain est très important. Si on prend moins de temps, on ne va pas progresser. La personne n'est pas preneuse au départ, ce qui veut dire qu'il faut du temps. Dans l'évolution de ces troubles, on apprend à être patient, car on ne trouve pas la solution du jour au lendemain. Tout dépend des personnes sur qui on tombe – l'infirmier, l'assistant social, etc. Des fois, cela se passe mal, parce que le

lien n'est pas bon. La relation humaine n'a rien n'à voir avec les problèmes somatiques. Elle est capitale dans les problèmes psychiques. Pour les assurances, ce n'est pas facile à facturer. Quand on voit que les assurances vont vouloir plafonner un coût annuel pour un patient psychique, c'est aberrant, car ce n'est pas de sa faute si un patient a une crise. Certains patients ont eu 25 hospitalisations en l'espace de 10 ans. Ce sont des parcours qui sont longs. Son fils est tombé malade à 20 ans. Il a maintenant 43 ans. Il est stabilisé depuis 8 ans et n'a pas été réhospitalisé. C'est tout un parcours, avec des points de repère importants. C'est difficile à chiffrer, mais la problématique existe.

Une députée S s'enquiert des structures intermédiaires. Elle aimerait savoir ce qu'ils proposent à ce propos.

M. Dambon explique que fut un temps où il y avait des foyers de structures intermédiaires médicalisées qui dépendaient des HUG. C'était un lieu entre l'hôpital et des lieux de vie beaucoup plus ouverts et beaucoup plus libres. Ces foyers étaient d'excellents moyens de refaire un projet de vie et de réhabilitation dans la vie « normale ». Tout cela a été supprimé. Maintenant, il y a la volonté et des projets qui vont peut-être voir le jour. Il y a eu l'établissement médico-social la Méridienne par exemple, mais il n'y avait pas à Genève de structure pour certains cas qui restaient à Belle-Idée. Il y a l'unité communautaire d'intégration (UCI) qui dépend de l'hôpital. Il y a des projets à partir d'EMS de recréer des lieux de vie qui dépendront plus ou moins des HUG. Ces lieux paraissent très intéressants pour ne pas pérenniser les gens à l'hôpital et les préparer à une vie plus normale. Il faut des moyens intermédiaires qui permettent d'évoluer vers la « normalité ».

Un député UDC dit qu'on a envie d'aider en entendant cela. Il demande ce que l'on peut faire préventivement sans trop de moyens. On sait que les problèmes psychiatriques sont liés à des traumatismes, tout en sachant qu'il y a un psychiatre pour 800 habitants. Il demande si ces gens ne vont pas faire du clientélisme, quand on sait que parfois des gens suivent des thérapies pendant des années sans résultats intéressants.

M. Dambon dit que beaucoup de troubles psychiques commencent autour de 18-25 ans. Il suggère de prendre en charge ces personnes le plus vite possible pour que cela se péjore moins. Le programme Jade est un moyen de prendre en charge les personnes précocement et leur faire comprendre qu'il faut qu'ils se fassent soigner, car au départ, il y a souvent le refus et la non-acceptation. Tout dépend du lien humain. Après, dans le cadre du programme Jade, il y a la remise dans un travail éventuel. Ils ont un programme avec des « jobs coach » qui vont accompagner la personne à différents niveaux dans des entreprises pour essayer de les réintégrer. Ce n'est pas simple. La réintégration de personnes qui ont déjà 15 ans de parcours psychiques derrière sera



beaucoup plus difficile que si on les prend au départ. Cela veut dire une prise en charge aussi tôt que possible. Souvent, on perd beaucoup de temps au départ. Des familles viennent leur dire que s'ils avaient connu leur association avant, cela aurait été mieux. Il n'y a pas seulement la prise en charge de la personne concernée, mais aussi celle des familles – comment se comporter, comment cela se passe, etc. Si les familles vont mieux, les patients iront mieux aussi. Ces lieux de vies sont des moyens de les réintégrer. Ce sont des choses à mettre en place qui doivent être en suffisance. Il insiste sur le lien humain. Cela dépend toujours de l'acceptation de la personne concernée. La difficulté est l'acceptation de la personne. La difficulté est de trouver la balance entre sécurité et liberté : on veut respecter le choix de la personne, mais en même temps, il y a des besoins de soins. Ce n'est pas facile. Ce sont des adultes. Il y a des lois. Si la personne ne met pas sa vie ou celles des autres en danger, ou si elle a la capacité de discernement, on ne peut rien faire. Des fois on « perd du temps ». Ce n'est pas simple. C'est un parcours qui est forcément long. Il n'y a pas de recettes toutes faites. On avance souvent par petit pas. Aussi, chaque cas est individuel.

Une députée MCG comprend que les pétitionnaires souhaiteraient recréer le lien entre le social et la santé déjà au niveau politique, pour que cela puisse prendre un sens « relais ». Il a été aussi rappelé le fait que dans le champ de la psychiatrie, presque tout est basé sur le relationnel. Les pétitionnaires ont bien mis en évidence la problématique du temps et des compétences. Pour la Commission, il est très important de faire ce lien. Ce n'est pas l'accompagnement qui manque, mais les compétences pour faire en sorte qu'un patient devienne progressivement plus autonome. Elle évoque encore cette nécessité des lieux intermédiaires. Elle demande comment ils voient ces lieux intermédiaires. Elle demande sur quoi, en priorité, ils souhaiteraient mettre l'accent.

M. Dambon répond que ces lieux sont une façon de faire un projet pour la personne. Celle-ci va réapprendre à se faire à manger, à retrouver des contacts sociaux, etc. C'est cela que l'on fait dans les lieux intermédiaires, plus que dans d'autres lieux. Ils sont importants pour faire une transition. Il y a une prise en charge qui est supérieure à des lieux de vie différents. On réapprend tout, à partir des ressources de la personne. Ces gens ont des compétences qu'il faut faire ressortir, et à partir de cela, leur redonner des éléments pour se restructurer.

M. Dubouchet Corthay ajoute qu'il y a maintenant aussi des expériences de lieux sans encadrement. Quand on est étiqueté avec des troubles psychiques, ce n'est pas facile de trouver du travail et un logement. A Marseille notamment, il existe une structure de ce genre. C'est une mise à disposition de logements.

L'idée n'est pas d'avoir de l'encadrement 24 heures par jour. Au contraire, en comptant sur les ressources des personnes, on peut avoir des prises en charge beaucoup moins chères que l'hôpital – retour à la maison – retour à l'hôpital.

Le président remercie les pétitionnaires pour ces éclaircissements.

### **Séance du vendredi 14 juin 2013**

#### ***Audition du Professeur Pandelis Giannakopoulos, département de santé mentale et de psychiatrie HUG, et du Docteur Yasser Khazaal, président de la Société suisse de psychiatrie sociale***

Le président souhaite la bienvenue au Pr Giannakopoulos et rappelle l'objet de son audition.

Pr Giannakopoulos est au courant de la démarche des associations patients et il estime que cela pose deux types de problèmes : le flux des médecins à l'intérieur de l'institution et les économies et leur impact sur une sous-population composée notamment des qui ont des problèmes psychosociaux chroniques.

En ce qui concerne le premier point, il explique qu'il y a environ 450 psychiatres pour la ville de Genève, un nombre proche du record mondial, malgré les nombreux départs de médecins au cours de l'année dernière. Il rappelle que certains médecins ont dû rester au sein de l'institution, alors qu'ils ne prévoyaient pas forcément de rester aussi longtemps au sein des HUG. Il constate qu'au lieu de contrôler le flux de manière permanente, on agit au contraire par à-coups, ce qui occasionne des répercussions démontrées sur la qualité des soins, en tout cas à court terme. Il affirme qu'il y a eu un nombre relativement élevé de départs de Genève vers le canton de Vaud. Il précise qu'il y a une présence forte dans les cantons romands de psychiatres formés à Genève, des personnes avec de bonnes compétences techniques mais sans véritable perspective professionnelle au sein des HUG, à cause notamment de leur profil académique.

Pr Giannakopoulos aborde le second point de son exposé : les économies et leur impact. Il rappelle que l'on sort d'une période au sein de laquelle les HUG ont dû être restructurés. Il souligne que la restructuration du département de psychiatrie lors du Plan Per4mance n'a pas été faite sans réfléchir, mais au contraire a permis, tout en faisant des redimensionnements, de créer une nouvelle structure : un centre de consultation psychiatrique aux Eaux-Vives. Il estime qu'il convient d'avoir une vision globale de la restructuration du département qui prenne en compte les aspects positifs de plan, notamment la pertinence de la diminution de la masse hospitalière et du développement de structures en ambulatoire. Il relève qu'il existe cependant un problème pour

les patients qui ont de lourds déficits psychosociaux et dont la prise en charge est problématique. Il explique qu'à Genève, de grands efforts sont faits pour les situations de crise et les personnes hospitalisées une première fois, mais il n'existe pas assez de structures adaptées pour les personnes ayant des troubles chroniques, par exemple des personnes schizophrènes ou bipolaires. Il précise par ailleurs que les conditions pour entrer dans les foyers existants sont sévères, ce qui empêche beaucoup de patients d'y accéder. Il ajoute que la crainte principale des associations est que Genève se calque sur des modèles extrêmes qui ont conduit, par exemple dans certains états des USA, à la fermeture d'hôpitaux psychiatriques. IL ajoute enfin que la mise en place d'une institution spécialisée est extrêmement complexe et que le système actuel ne favorise pas l'implantation de telles institutions. Il cite à titre d'exemple un EMS spécialisé dans les pathologies psychiatriques qui a pu voir le jour à Genève, mais seulement après un travail de deux ans. Il estime donc que l'accueil de ces patients dans les meilleures conditions possibles est un défi à relever et constitue encore à ce jour une problématique ouverte.

Le président demande aux commissaires s'il y a des questions.

Un député PDC est en accord avec le point de vue du Pr Giannakopoulos et constate également que malgré le nombre élevé de psychiatres dans la ville, les cas les plus lourds ne sont pas traités. Il estime que ce problème découle du fait que les psychiatres ne peuvent pas toujours travailler dans le domaine pour lequel ils ont été formés. Il ajoute que l'on ne trouve actuellement pas assez de gens formés pour ce type de patient. Il demande ensuite au professeur ce qu'il faudrait faire pour répondre à ce problème par un travail en amont. Il se demande en outre à quel niveau il faut investir, car il constate que ni la faculté ni l'hôpital n'ont développé de structures permettant de s'occuper des personnes âgées souffrant de troubles psychosociaux de manière chronique, au sein de structures légères, afin de réduire le nombre d'hospitalisations. Il précise finalement que La LAMal ne favorise pas l'émergence d'une prise en charge par des infirmières formées en psychiatrie, qui pourraient décharger les médecins d'une partie de leur travail.

Pr Giannakopoulos constate qu'il y a deux types de profils : les personnes âgées et les personnes jeunes, deux groupes de personnes aux besoins différents. Il explique que la faculté ne s'occupe pas de cela car ce n'est pas la partie la plus attrayante pour un curriculum universitaire. Il constate que nous sommes dans une situation délicate car lorsque l'on parle de problèmes liés à la santé, le secteur social dit que ce n'est pas son domaine et inversement, raison pour laquelle seulement deux projets à cheval entre le social et la santé ont abouti durant ces quatre dernières années : l'EMS La Méridienne et l'Appartement Kaolin où interviennent des éducateurs. Il explique que le

département de psychiatrie des HUG met à disposition de ces deux structures des infirmières et il estime qu'il faut dégager des fonds pour ce type de structures, mais il précise que pour cela, il faut une véritable volonté politique. En ce qui concerne les personnes âgées, il rappelle que ces dernières années les patients étaient pris en charge à l'extérieur de l'hôpital, essentiellement dans des EMS. Il précise qu'aujourd'hui, il y a au contraire un retour de flux avec une augmentation vers le milieu hospitalier. Il constate qu'il n'y a donc pas de structures adaptées pour les personnes âgées aux déficits comportementaux ; il ajoute que la seule solution apportée à ces cas est une mise à disposition de lits de crise dans le centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie de l'âgé.

Un député PDC ajoute qu'il est difficile d'avoir un bon suivi de ces personnes car il n'y a pas assez de psychogéiatres, ce qui occasionne souvent des problèmes de délais de traitement.

Pr Giannakopoulos estime qu'il convient de comparer le système avec le modèle européen de l'assurance de base qui couvre les prestations de manière satisfaisante ; la psychothérapie étant notamment prise en charge pendant deux ans. Il ajoute que le service public a bien sûr ses limites car même si les pathologies lourdes viennent vers le service public, on peut assister à un « ping-pong » entre les structures hospitalières et les structures sociales.

Une députée S rappelle que la commission de la santé avait formulé une résolution pour que la prochaine planification sanitaire comprenne un plan en psychiatrie cantonale. Elle se demande que faut-il faire au niveau pragmatique avant la prochaine planification et comment s'y prendre pour dessiner ce plan de psychiatrie cantonale. Elle désire connaître finalement sous quelle supervision les deux structures nommées par le professeur sont-elles placées.

En ce qui concerne les deux structures, Pr Giannakopoulos explique qu'il y a une collaboration entre le secteur privé et les HUG. Il estime que la question de fond est de savoir à qui appartient ce mandat. Il comprend qu'il y a actuellement une grande réticence au niveau des coûts dans le secteur sanitaire, mais il estime qu'il n'y aurait pas de coût supplémentaire pour la psychiatrie. Il pense que certaines structures pourraient être supervisées par les HUG sans coût supplémentaire. A court terme, il estime qu'il faut mettre en place des appartements protégés et des lieux à l'extérieur de l'hôpital. Il rappelle qu'il a participé à la planification psychiatrique à Lausanne et il sait que ce type de plans est souvent formulé de manière élégante avec des éléments de principes pertinents, mais il estime que le véritable défi se trouve lors de la mise en place de ces grandes lignes de la planification. Il ajoute que, malgré la pertinence de tels énoncés, s'il existe une volonté de renforcer les structures hospitalières, il

n'est pas possible de mettre en place des structures à cheval entre le social et la santé. Il estime que cette volonté est de nature politique.

En ce qui concerne les personnes avec des problèmes psychiatriques, qui ont commis des crimes, il explique que l'on a tendance à s'occuper d'eux rapidement car ces personnes génèrent une certaine peur. Toutefois, il constate que pour les autres patients, les situations ne sont pas mises en priorité. Il ajoute qu'à Genève, le système est bon au niveau des situations de crise, mais au niveau de la prise en soin et de la régulation des personnes souffrant de manière chronique, il conviendrait d'être plus pragmatique. Il ajoute que le nombre de nouveaux cas de maladies psychiatriques aiguës diminue, mais qu'une fois que l'on a ce type de pathologies, on l'a de manière permanente. Il estime donc qu'il faudrait augmenter le nombre de structures pour le suivi de ces personnes, ce qui permettrait de mieux contrôler le flux.

Une députée Ve constate que la durée d'hospitalisation a diminué et soupçonne qu'il y a eu des diminutions de lits. Elle pense que l'on ne répond pas correctement aux crises et se demande si cette réponse inadéquate provoque des retours des mêmes personnes en hospitalisation, ainsi qu'une augmentation du coût de la santé. En outre, elle se demande si cela est susceptible de démotiver le personnel et de l'inciter à quitter Genève.

Pr Giannakopoulos lui répond que le taux d'hospitalisation est resté plus ou moins le même ces dernières années. Il précise que la moyenne des séjours est de 9 jours. Il explique qu'un hôpital psychiatrique doit être un organisme vivant, qui ne doit pas prendre l'aspect d'un hospice ou d'un asile. Il explique par ailleurs que les personnes qui font plus de jours d'hospitalisation sont des personnes souvent en prise avec la marginalité, notamment des consommateurs de drogues et des personnes séropositives. Il considère que cette sous-catégorie de la population est celle qui est susceptible de démotiver le personnel. Il précise qu'il existe donc un réel besoin de trouver une solution durable pour ces personnes, avant qu'elles ne se dispersent et échappent au système de soins.

Une députée S explique que la commission avait compris qu'il n'y aurait pas de diminution des postes d'assistants sociaux pour l'année en cours, cependant elle précise que l'on n'a pas de garantie pour les années suivantes. Elle désire donc avoir des éléments additionnels à ce sujet et savoir s'il existe des solutions à moyen terme avec des institutions de ville.

Pr Giannakopoulos explique qu'il n'y a pas de diminution du nombre d'assistants sociaux pour cette année et qu'il n'y en aura pas non plus pour les années suivantes. Il explique que ce type de patients dérange et qu'il est difficile de gérer ces personnes, raison pour laquelle l'on se renvoie la balle et qu'au final personne ne veut les prendre en charge. Il estime qu'il faut penser

en termes d'efficience, mais qu'il faut éviter de faire des généralités et se fixer sur une profession. Il ajoute que rendre les assistants sociaux non responsables est une mauvaise idée et qu'il ne faut donc pas aller plus loin dans cette optique de diminution de ces postes.

Une députée S comprend que le professeur estime que la fonction des assistants sociaux constitue un élément important au sein de l'hôpital et qui doit rester en complémentarité avec les structures qui pourraient se développer par la suite.

Pr Giannakopoulos estime qu'il ne faut pas répondre avec une idéologie prônant un suivi interminable et qu'on peut songer à une restructuration, mais sans aller plus loin dans une optique visant la diminution des assistants sociaux.

Un député PDC se demande s'il serait possible que des prises charges de personnes âgées soient effectuées par des référents, afin de garantir un suivi cohérent. Il ajoute par ailleurs que les psychologues ont certainement un rôle important à jouer au sein de différents partenariats et estime que leur participation constitue peut-être une pièce du puzzle à combler au sein de la problématique de la psychogérontologie.

Pr Giannakopoulos explique qu'en ce qui concerne les *case managers* pour les patients âgés souffrant de démence, une discussion est en cours et un bilan devrait être fait à la fin de l'année 2013. Par ailleurs, il juge la question des psychologues essentielle, cependant il précise que ces professionnels doivent avoir des notions de neuropsychologie clinique, ce qui n'est pas évident à trouver. Il admet d'une manière générale que l'on pourrait mieux utiliser les psychologues dans les milieux professionnels.

Le président comprend qu'il faudrait des structures extérieures avec lesquels les HUG pourraient travailler, au sein desquelles il faudrait mettre du personnel soignant. Il se demande si le professeur a une idée du nombre de structures nécessaires et quel serait le type de structure le mieux adapté. Il lui demande également quelles sont les démarches prises aujourd'hui pour une personne sortant d'une hospitalisation, mais pas encore prête à regagner la vie quotidienne de façon normale ; il se demande si des hospitalisations sont actuellement prolongées pour ce motif et si celles-ci sont nombreuses.

Pr Giannakopoulos explique que les structures de type EMS ne doivent pas dépasser 15 à 18 lits, afin de garantir une bonne gestion des personnes. En ce qui concerne les appartements protégés, il ajoute qu'un projet d'une quinzaine de studios est aujourd'hui déposé. Il souligne que l'avantage de ce type de structure est d'offrir une certaine autonomie aux personnes qui en ont besoin. IL poursuit en expliquant que pour les personnes qui n'ont pas le niveau pour rentrer dans des foyers handicap, les solutions sont restreintes et mal adaptées :

il s'agit de prolongements d'hospitalisation et de séjours en hôtels. Il déclare que ces derniers cas sont plutôt nombreux, mais ne constituent pas une solution idéale.

M. Unger rappelle qu'il y a 12 ans, il avait essayé de mettre sur pied une réforme négociée entre tous les partenaires de la psychiatrie comprenant une sectorisation géographique avec des points de correspondance entre les médecins hospitaliers et le cas échéant un appartement, le cas échéant un EMS, etc. Il ajoute que la question de l'assistant social ne se posait pas vraiment car elle se trouvait dans le secteur où se trouvait le patient. Il relève que l'organisation facultaire était à l'origine d'un problème qui influençait le parcours des médecins : les personnes voulant obtenir un titre de professeur avaient forcément une spécialité et il ajoute que pour cette raison, les secteurs sont devenus des secteurs de spécialités. Il estime que le problème est de trouver un équilibre avec un ancrage communautaire plus fort, tout en permettant aux professionnels d'avoir les compétences cliniques, et pas seulement des compétences académiques.

Pr Giannakopoulos précise que ce problème renvoie à la réforme de la psychiatrie effectuée au début des années 2000. Il explique que l'on sait très bien qu'un regroupement d'un type de patient ne garantit pas un meilleur traitement. Il admet qu'il existait à l'époque un certain « maquis institutionnel ». Il ajoute que l'on est sorti de cette situation en créant un service ambulatoire psychiatrique. Il estime que ce dernier est fondamental si l'on veut garder des techniciens. Il ajoute qu'il faut des personnes faisant de la bonne recherche afin de laisser les techniciens exercer sur le plan clinique. Il annonce que dans cette optique, trois professeurs viendront prochainement de l'étranger et se concentreront spécifiquement sur la recherche de pointe, afin de laisser les autres faire leur travail technique et non faire semblant de faire de la recherche.

Le président remercie le professeur pour ses explications et lui souhaite une bonne soirée.

### ***Audition du Docteur Yasser Khazaal, président de la Société suisse de psychiatrie sociale***

Le président souhaite la bienvenue au Dr Khazaal et l'invite à se prononcer au sujet de la pétition P 1854.

Dr Khazaal explique que ses réflexions l'ont mené au constat d'une psychiatrie communautaire insuffisamment développée à Genève. Il estime que ce type de psychiatrie est une forme plus acceptable que la psychiatrie classique pour les patients et explique qu'elle se développe depuis une dizaine

d'années dans plusieurs pays, où des expériences ont prouvé leur intérêt. Il précise toutefois qu'il faut une forte volonté ainsi qu'une visibilité de la démarche qui doit se traduire par des partenariats entre les associations de patients, les associations de proches ainsi que l'ensemble des partenaires sociaux. Il ajoute qu'il ne s'agit plus d'une culture centrée sur les symptômes mais au contraire sur la participation active des personnes et sur leur rétablissement, ce qui nécessite une forte interaction entre le médical et le social. Il estime que ce qui peut aider à aller dans ce sens, c'est qu'il y ait un véritable pont entre le social et la santé au niveau politique. Beaucoup de personnes en prise avec des problèmes psychiques se retrouvent parfois pénalisées car le système tarifaire est basé essentiellement sur les aspects médicaux et non sociaux. Il ajoute qu'il est toutefois reconnu qu'une approche interdisciplinaire favorise l'évolution des personnes et est appréciée à la fois par les patients et leurs proches, pour un coût égal. Il résume qu'il faut donc se baser sur les besoins des personnes en priorité. Il rappelle en outre que la pression des coûts est bien sûr sensible, qu'il s'agit d'une question complexe concernant la santé mentale, car elle implique des recouvrements entre les sphères sociale et médicale et qu'il existe actuellement un retard au niveau du remboursement de ces frais. Il estime enfin qu'au niveau politique, il est nécessaire de mettre la priorité sur ce type de pont.

Un député PDC relève que ce que le Dr Khazaal décrit apparaît dans la littérature sur la médecine communautaire, mais il désire savoir à quoi cela correspond sur le terrain.

Dr Khazaal explique qu'il s'agit de développer des équipes interdisciplinaires capables de gérer la transition entre l'hôpital et la sortie d'hospitalisation, ainsi que des alternatives de prestations au sein du milieu de la personne concernée. Il ajoute qu'il est important d'entrer dans une logique de souplesse au niveau de l'offre de soins, afin de pouvoir diminuer la part hospitalière.

Un député PDC comprend que la transversalité est le concept mis en avant par la psychiatrie communautaire.

Dr Khazaal explique que le but de cette démarche est de fournir un suivi en soutenant directement les personnes, notamment dans des projets professionnels dans lesquels les personnes se reconnaissent. Il explique qu'au Canada par exemple il existe une démarche d'accompagnement à travers des projets qui permettent aux personnes d'augmenter leur capacité à utiliser leurs propres ressources, ce qui permet à terme de valoriser leurs compétences.

Une députée S se demande s'il existe des modèles mis en place dans d'autres cantons susceptibles de servir de modèles aux projets genevois.



DR Khazaal explique que la région du centre du canton de Vaud a développé depuis une dizaine d'années certains modèles semblables à ceux décrits précédemment, soutenus lors des phases de recherche par des fonds nationaux et qui ont fait leurs preuves.

Le président demande des précisions concernant les activités et la composition de la Société suisse de psychiatrie sociale.

Dr Khazaal précise qu'il est cette année président du comité central et président de la section romande. Il explique que l'association était composée à la base de médecins mais qu'aujourd'hui, elle comprend des professionnels d'autres corps de métiers afin de mettre en priorité l'intégration transversale. Il ajoute qu'il existe des partenariats avec les milieux académiques mais aussi avec de nombreux acteurs sociaux.

Une députée S se dit sensible aux problèmes liés à la prise en charge, occasionnés par le mélange de la sphère sociale et celle de la santé dans le traitement des troubles psychiatriques. Elle se demande si les aspects sociaux des expériences vaudoises étaient pris en charge par les caisses d'assurance et s'il a été possible de lier véritablement sur le terrain les deux sphères entre elles.

Dr Khazaal répond qu'il existait une réelle volonté de rapprochement sur le terrain mais aussi au niveau de la conception de l'offre. Il explique que la LAMal prend en charge une partie des soins et que le social s'occupe d'une autre partie de la facturation ; il observe qu'il existe donc un décalage. Il estime qu'il ne faut pas attendre les changements de système de facturation avant d'agir et construire une véritable psychiatrie sociale.

Une députée S désire savoir qu'elles sont les objectifs concrets de cette démarche.

Dr Khazaal demande que la psychiatrie sociale soit une priorité et qu'une volonté d'une mise en place d'une synergie entre des pôles pour le moment séparés, permette aux acteurs concernés d'améliorer cette synergie. Il ajoute qu'afin d'augmenter les chances de succès du travail de terrain, il convient d'impliquer de manière réelle les associations concernées dans le processus.

Une députée S estime qu'il faut plus d'éléments concrets concernant le projet, sur le terrain.

Dr Khazaal explique que la structure envisagée entre les sphères sociale et sanitaire vise avant tout à jeter les bases d'un partenariat interdisciplinaire. Il estime que la volonté politique doit précéder les projets concrets. Il précise qu'il conviendrait de remplacer certaines hospitalisations par des prises en charge au sein même du milieu du patient. Il ajoute enfin qu'il manque

actuellement une certaine articulation sur le terrain, concernant des aspects de la psychiatrie sociale que la médecine ne prend pas en charge.

Le président désire connaître la nature des relations entre la Société suisse de psychiatrie sociale et les HUG.

Dr Khazaal explique que l'association a reçu parfois des soutiens pour des congrès et certaines manifestations et que d'une manière générale, le discours autour de la psychiatrie sociale est plutôt bien accueilli par les HUG. Il estime qu'il existe toutefois une inertie ; il précise la psychiatrie sociale et communautaire implique un changement de paradigme : passer de l'optique basée sur les aspects sécuritaires vers une centralisation sur le rétablissement du patient.

Le président demande quelles sont les relations entre l'association et l'A.I., notamment concernant les aides à l'insertion professionnelle des personnes.

Dr Khazaal lui répond qu'il y a eu certaines conférences entre l'association et l'A.I. mais qu'il existe des divergences de positions. La synergie avec l'A.I. n'est, selon lui, pas encore assez développée et il estime que l'on reste encore dans un modèle trop administratif. Il ajoute qu'il y aurait des améliorations à faire, notamment en matière de bourses d'emploi à la journée comme ce déjà le cas à Zurich.

Le président remercie le Dr Khazaal et lui souhaite une bonne soirée.

Le président demande si les commissaires souhaitent auditionner d'autres personnes à ce sujet. Il précise que les personnes auditionnées jusqu'à présent sont plutôt du côté de la médecine et estime qu'il serait intéressant de discuter avec des personnes travaillant dans des associations. Il précise enfin qu'il existe des initiatives privées accueillant des personnes malades mentalement qui peuvent très bien fonctionner sans faire intervenir le canton. Il souligne que l'avantage de ce type de structures permet de donner une certaine dignité à ces personnes en leur permettant de gagner un salaire, au lieu de bénéficier d'une rente A.I.

Un député PLR se demande si le rôle de la commission de la santé est véritablement celui-ci ; il estime que la commission n'est pas un centre de formation autour des problématiques de la santé. Il admet que le sujet est fort intéressant mais ne voit pas où des auditions supplémentaires pourraient mener la réflexion de la commission.

Une députée S déclare qu'elle a beaucoup apprécié les deux auditions car elle considère ces deux visions convergentes et complémentaires. Elle estime qu'il faut un signal politique car elle juge que l'on est moins sur une question de coût que sur une volonté politique qui permette de mettre en place des synergies. Elle rappelle que les coûts ne sont pas énormes et que la

problématique se situe plus autour du concept de maillages. Il lui semble que la commission est désormais renforcée dans la compréhension de la situation et veut aller de l'avant. Elle estime que la commission n'a plus vraiment besoin d'auditionner d'autres personnes et désire que le DARES et le DSE se mettent d'accord afin que les deux départements se donnent les moyens de déclencher un certain nombre d'actions autour de la problématique de la psychiatrie sociale et communautaire.

M. Unger rappelle que les options envisagées il y a une dizaine d'années, notamment de faire intervenir des infirmières en milieu psychiatrique, ont échoué pour des raisons académiques. Il estime que tant que la formation sera basée sur les spécialisations, on aura toujours des chercheurs et non des techniciens disponibles pour effectuer de la psychiatrie communautaire ; Il admet que la formation sociale était mauvaise mais qu'aujourd'hui, les choses ont changé et il juge le moment opportun pour relancer une réflexion autour des collaborations entre la santé et le social. Il ajoute que la volonté politique est essentielle, mais ne pourra jamais changer la faculté. Il rappelle que ces patients constituent une minorité et donc le système entier ne peut être organisé comme si tous les patients étaient dans la même situation. Il explique que le DARES est en train de mettre en place avec Charles Beer des formations en plateformes interprofessionnelles car il estime que les gens doivent être capables de travailler en équipe. Il propose que la commission renvoie la pétition au Conseil d'Etat avec un bref rapport mentionnant la pertinence des auditions. Il pense que cela permettrait de remettre sur la table la problématique et éventuellement renégocier avec les assurances. Il rappelle que le secteur de la psychiatrie est à Genève subventionnée à hauteur de 80% et ne rapporte rien. Il résume qu'il faut donc pouvoir faire mieux avec une réorientation des efforts humains. Il ajoute enfin qu'il faut construire pour ces gens un monde où ils se sentent bien car ces derniers sont incapables de s'adapter au monde, tel qu'il est.

Un député PLR se dit désarçonné devant cette pétition car il la considère plus comme une déclaration politique que comme une véritable pétition demandant quelque chose de précis. Il ajoute qu'il voit dans cette pétition essentiellement deux éléments : le constat que de nombreux médecins ont quitté l'institution car la clause de besoin est tombée ; une critique sur le management général. Il juge certains qualificatifs malvenus, comme « de mauvais goût », expression employée pour décrire le Plan Performance. Il estime enfin que l'envoi de cette pétition au Conseil d'Etat ne changera pas fondamentalement son travail puisque le DARES a déjà entamé une réflexion sur cette problématique.

Une députée Ve estime que l'on peut envoyer cette pétition même si elle ne changera pas le travail du Conseil d'Etat car elle relève que, pour une fois, une pétition met l'accent sur la psychiatrie, une discipline qui passe souvent au second plan. Elle pense en outre que cette pétition permet de mettre en avant les ponts entre le secteur médical, le secteur social et la position économique des individus. Elle regrette que le suivi relationnel et clinique passe parfois au second plan pour des raisons d'efficacité ou des raisons académiques. Elle est donc pour l'envoi de la pétition, d'autant plus que le Conseil d'Etat ne s'y oppose pas.

Le président propose de passer au vote pour le renvoi de la pétition au Conseil d'Etat.

OUI : 13 (2 S, 2 Ve, 1 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)

NON : –

Abstention : 1 (1 Ve)

***Le renvoi de la pétition P 1854 est accepté par 13 voix et une abstention.***

M. Unger propose de préciser dans le rapport que la pétition constitue un élément que l'on désire joindre à la résolution de la planification sanitaire. Il estime que cela permet au Conseil d'Etat de montrer qu'il existe une volonté du parlement d'avoir une orientation claire. Il explique qu'il n'existe qu'un hôpital à connotation psychiatrique (la clinique de Bel-Idée), ce qui ne simplifie pas la sectorisation géographique. Il rappelle qu'il existait jusqu'à récemment trois lieux de soins pour des maladies psychiatriques graves gérées par des spécialistes, mais ces lieux n'accueillaient pas de crises (hormis les crises dont la maladie est la spécialité du médecin-chef), car ces dernières étaient prises en charge aux urgences.

Une députée S se propose en tant que rapporteur de majorité, la date de dépôt est fixée au 3 septembre et la catégorie de débat III est préavisée.

Une députée S rappelle que la résolution concernant le cancer du sein doit être traitée, mais qu'un député PDC a demandé de revenir sur ce sujet. Elle fait remarquer que l'on attend donc que le commissaire se prononce sur cet objet, alors que la commission s'était entendue sur une position commune.

*Le Président lève la séance.*

## CHANGEMENT DE LEGISLATURE

### Séance du vendredi 10 juin 2016

*Présidence : M<sup>me</sup> Sarah Klopmann*

*Assistent :*

- *M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat DEAS*
- *M. Adrien Bron, directeur général DGS*
- *M. Jérôme Perucchi, chef de secteur a.i. planification et économie de la santé*
- *M. Christian Robert, pharmacien cantonal*

*Procès-verbaliste : M. Sébastien Pasche*

La présidente indique qu'elle a reçu une demande d'audition de la part de M. David Andenmatten, au nom des syndicats SIT et SSP, au sujet de la planification sanitaire.

Un député MCG désire premièrement entendre le rapport avant de se prononcer sur des auditions. Par ailleurs, il estime pour sa part que la planification sanitaire n'a pas forcément à voir avec les activités des syndicats.

Un député EAG indique que, si cette demande fait problème, il fera officiellement une demande d'audition des syndicats SIT et SSP, les deux principaux sur le site de l'hôpital, et il ajoute qu'il trouverait étonnant que la commission se prononce contre cette demande car il estime que la planification concerne directement les syndicats.

Un député S indique qu'il conviendrait en effet de se prononcer sur les auditions après la présentation de la planification.

M. Poggia indique que, selon l'art. 28 de la loi cantonale sur la santé, le Conseil d'Etat doit présenter au Grand Conseil tous les 4 ans une planification sanitaire, laquelle a pour but de déterminer les besoins de la population, compte tenu des évolutions démographiques prévisibles. Il indique que l'on sait que la population va augmenter et vieillir, facteur majeur influençant les prévisions en matière de soins et donc que le but est d'atténuer une augmentation linéaire des prestations en fonction de l'augmentation des besoins. Il relève que, si l'on répond aux besoins par les mêmes réponses, les coûts vont exploser. Il désire insister sur le fait que la DGS et les mandataires qui interviennent dans le cadre de cette planification ont reçu pour mandat de donner des réponses objectives et donc, que l'on n'est pas là pour savoir si nous aurons ou non les moyens de répondre à ces besoins. Il précise que c'est seulement dans un deuxième temps que l'on devra décider des moyens à consacrer à cette planification. Il ajoute que l'on ne fait donc pas de l'autocensure. Il relève que les décisions politiques

se prennent au-delà et que cette planification, qui est un outil d'aide à la décision et qui constitue un cadre à l'intérieur duquel les choix de financement devront être effectués par le Grand Conseil et le Conseil d'Etat, en fonction de leurs compétences respectives. Il relève que cette planification fournit aussi un cadre pour les contrats de prestations entre les institutions et l'Etat. Il précise qu'elle répond aussi à la R 697 qui adoptait le RD 875-A qui invitait le Conseil d'Etat à mener certains travaux d'analyse en plus de cette planification.

M. Poggia rappelle ensuite qu'il y a plusieurs modifications législatives qui ont un impact sur la planification sanitaire présentée ; il évoque la révision partielle de la LAMal entrée en vigueur en le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et qui concerne un nouveau mode de financement des soins dispensés à domicile et en EMS. Il souligne que l'on parle de contributions de l'AOS et donc qu'il y a eu un transfert des charges au Canton, l'AOS n'intervenant que partiellement. Il observe qu'il y a par ailleurs le nouveau financement hospitalier, entré en vigueur en 2012, mais qui laissait les cantons s'adapter jusqu'à fin 2015. Il précise que ce nouveau financement oblige les cantons à faire une planification hospitalière et à prendre en considération l'ensemble des offres dans le canton. Il souligne que pour rémunérer les prestations hospitalières, les hôpitaux et les assureurs doivent négocier une valeur du point, le tarif SwissDRG, c'est-à-dire l'équivalent du Tarmed pour l'ambulatorio. Il rappelle qu'un nombre de points définit de manière uniforme la rémunération dans l'ensemble du pays, même si le point change d'un canton à l'autre, ce qui crée un système extrêmement complexe. Il donne l'exemple du DRG A16A concernant la transplantation d'intestin ou de pancréas, qui vaut 5,469 points dans toute la Suisse. Il relève que le tarif SwissDRG pour les HUG en 2015 était de 10 400 F le point et donc que ce type d'intervention était rémunéré 56 878 F, dont 55% au minimum sont pris en charge par le canton, les 45% restants étant à charge de la LAMal. Il souligne qu'en réalité, ces points, qui sont négociés entre hôpitaux et assureurs, ne couvrent pas le coût réel des interventions et donc que les 55% pris en charge par le canton ne reflètent pas la réalité de la participation du canton, laquelle est plutôt située à un peu plus de 60%. Il précise que c'est le cas pour l'ensemble des hôpitaux universitaires suisses. Il relève que Genève a réussi à fixer le point DRG pour les années 2012, 2013, 2014 et 2015 : il précise que l'on vivait sur des tarifs provisoires pour les années 2012 et 2013 et donc que les HUG facturaient sur la base de tarif provisoire et avaient fait des réserves en cas d'échec dans la procédure, si les tribunaux venaient à fixer un point tarif SwissDRG inférieur à ce qui avait été convenu. Il ajoute ensuite qu'il faut savoir que l'on est sur le point de trouver un accord pour 10 650 F le point pour cette année. Il souligne que, pour la première fois, l'on amorce une remontée afin de tendre vers une adéquation entre tarif et réalité des coûts, ce

qui permet par ailleurs d'arriver pour la première fois à une uniformité de tarifs dans le bassin lémanique.

M. Poggia souligne ensuite qu'il convient de savoir que le libre-choix de l'hôpital a été retenu depuis 2012, avec des interprétations différentes de la part du canton et de certaines cliniques privées ; il souligne qu'il y a une procédure en cours avec l'Hôpital de la Tour qui considère que le canton doit prendre en charge systématiquement, à raison de 55%, l'intégralité des interventions qui ont lieu dans ses murs, pour les patients qui s'y présenteraient spontanément, avec, de ce fait, des conséquences financières extrêmement lourdes. Il relève ensuite que, dans le domaine ambulatoire, l'ordonnance sur la limitation des fournisseurs des prestations à pratiquer à charge de l'AOS a été prolongée pendant trois ans, mais il pense qu'il est à craindre que le sujet revienne à partir de 2019 ; il souligne que c'est actuellement la seule possibilité de s'opposer à l'installation de médecins que n'auraient pas trois ans de formation post-grade en Suisse. Il souligne que cela permet de manière modérée, mais efficace, d'éviter que des médecins voisins, notamment français, viennent s'installer sur le territoire genevois. Il relève que la planification hospitalière 2016-2019 couvre 5 domaines : hospitalier, médico-social, préhospitalier, médecine de ville et formation. Il indique que peu de cantons se sont lancés dans cet exercice car les autres cantons, hormis Berne, font des planifications sectorielles. Il pense néanmoins qu'un seul rapport constitue un plus pour Genève ; il souligne que seul le domaine de la prévention fait l'objet d'un rapport à part. Il relève qu'ils ont dû faire des choix sur le scénario démographique. Il souligne que plusieurs courbes résultent de l'Office cantonal de la statistique ; il précise que les spécialistes ont choisi « l'engagement transfrontalier », qu'à partir de 80 ans, les différents pronostics sont quasiment transposables, mais que cet engagement transfrontalier est le scénario qui par le passé a collé le plus avec la réalité. Il indique ensuite que la population devrait augmenter de 0,8% par année jusqu'en 2020. Néanmoins, il relève qu'entre 2010 et 2020, la population de plus de 80 ans augmente 4 fois plus vite que la population générale (32%) et il ajoute que la population entre 65 et 79 ans augmente deux fois plus vite que la population générale (16%). Il souligne ensuite qu'entre 2010 et 2040, la population âgée entre 65 et 79 ans augmentera de presque 60% alors que la population de 80 ans ou plus fera plus que doubler et passera de 21 000 à 43 000 personnes. Il relève plus loin que l'accroissement de la longévité de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de maladies chroniques, ce qui impliquera un accroissement des besoins en soins. Il estime qu'il est intéressant de regarder ce qui s'est passé entre 2012 et 2015 et relève que pour les hôpitaux de soins aigus, l'activité réalisée a été conforme aux prévisions et les besoins ont été couverts.

M. Poggia explique ensuite qu'en raison de l'augmentation de la durée moyenne de séjour, les hôpitaux psychiatriques, de réadaptation et de gériatrie sont de plus en plus saturés et que c'est donc des solutions alternatives aux lits supplémentaires qui sont souhaitables et qui doivent être recherchées. Concernant les soins à domicile, il observe que les heures de soins réalisées ont été bien supérieures à celles des projections, ce qui a été pris en compte pour la planification 2016-2019. Concernant les EMS, il précise que les structures actuelles sont suffisantes, malgré l'attente au sein des HUG pour rentrer en EMS dont on parle souvent. Il relève qu'une certaine attente est nécessaire pour assurer un taux de remplissage élevé des EMS, lequel est actuellement proche de 100%. Concernant la médecine de ville, il observe que beaucoup de nouveaux médecins se sont installés car l'on ne peut pas les empêcher de le faire, s'ils remplissent les conditions demandées. Il en vient ensuite aux principaux axes de la planification pour 2016-2019. Il évoque l'augmentation des capacités des organisations de soins à domicile car il rappelle que les coûts en EMS sont en moyenne de 10 000 F, coût pris en charge par des subventions directes à l'EMS, mais aussi par des subventions indirectes par l'intermédiaire des prestations complémentaires aux personnes qui les occupent. Il précise que 75% des occupants d'EMS sont au bénéfice de prestations complémentaires qui sont décloisonnées dans ce domaine. Il relève que le réseau de soins coordonnés est aussi important dans le but d'améliorer l'efficacité des soins. Il explique qu'il s'agit de cibler certaines maladies chroniques ainsi que les patients complexes dans le but d'organiser une coordination des soins entre les différents acteurs de la santé. Il précise que dans ce domaine, [mondossiermedical.ch](http://mondossiermedical.ch) est un outil indispensable. Il rappelle que Genève est pionnier en la matière, mais aussi premier dans le développement de cet outil.

M. Bron précise que l'on a aujourd'hui 16 000 patients, 800 professionnels de la santé et plus de 500 médecins affiliés à [mondossiermedical.ch](http://mondossiermedical.ch).

M. Poggia estime que l'on n'est donc plus en phase de développement, mais en phase d'expansion ; il indique que ce sujet va bientôt revenir sur la table de la commission afin de demander des moyens pour que cet instrument devienne véritablement un outil d'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins grâce à une meilleure collaboration. Il relève ensuite que les besoins de soins à domicile sont ceux qui vont augmenter le plus dans les années à venir, qu'il y a 4,5% d'augmentation annuelle et il précise que le contrat de prestation de l'IMAD tient compte de cette évolution. Il relève que les structures intermédiaires (les foyers de jour et de nuit, les UATR, les immeubles avec encadrement pour personnes âgées) visent aussi le même objectif. Il précise qu'il y a 197 appartements qui devraient voir le jour en 2016



et il estime qu'il y a donc un effort fait dans ce sens, et qui va être renforcé grâce à la modification du règlement RSDom. Il ajoute que cela permet aussi d'accueillir des personnes qui sont au-delà des limites des revenus appliquées jusqu'à maintenant. Il observe que cela va permettre un meilleur rendement d'exploitation. Il relève que les personnes dont le revenu dépasse le seuil ont aussi droit à obtenir des prestations, en les payant en fonction de leurs moyens ; il considère que cela est intéressant pour le canton puisque cela incite les communes et les fondations à s'investir davantage dans les nouveaux quartiers qui voient le jour. Par ailleurs, il précise qu'il y a un projet pilote en matière de plans de soins partagés à travers mondossiermedical.ch, avec 75 patients qui souffrent de maladies complexes et qui génèrent des coûts de la santé élevés. Il explique que le but est de voir de quelle manière l'on peut contenir l'évolution des coûts, tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Il souligne que l'Etat va continuer à encourager les projets innovants comme les UATM, lesquels font l'objet d'un financement de l'Etat et sont destinés à des personnes qui, sans ces structures, seraient hospitalisées. Il précise que le coût de prise en charge en hôpital est plus élevé que dans ce type de structures et donc que cela constitue une alternative intéressante.

Concernant le soutien aux proches aidants, M. Poggia relève qu'il y en a 55 000 dans le canton, à partir de l'âge de 15 ans. Il observe que ces personnes constituent un apport important dans le domaine du maintien à domicile et qu'elles ne coûtent pas grand-chose à l'Etat puisqu'elles font le travail qu'il devrait assumer si elles n'étaient pas là. Il souligne que le but est donc de leur apporter une information sur les structures qui peuvent les soulager et de mettre à disposition des UATR, lesquels étaient jusqu'alors exploités par l'IMAD. Il relève que maintenant, l'on remet ces UATR dans le cadre d'EMS afin qu'elles soient mieux réparties dans le canton. Il aborde ensuite l'enjeu de la psychiatrie qu'il juge important car Belle-Idée est régulièrement surpeuplée et il estime qu'il s'agit donc d'offrir des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation. Il souligne qu'ils ont commencé à le faire avec des structures qui allient aussi la santé sociale, ce qu'il estime être facilité par la structure du nouveau département. Il indique que la structure Kaolin au sein des EPI permet de prendre en charge des personnes qui ne peuvent pas retourner à domicile, mais pour lesquelles l'hôpital constitue une structure médicale trop lourde. Il pense qu'il faut donc faire preuve de créativité dans ce sens. Il ajoute qu'ils ont aussi mis en place des unités mobiles pour pouvoir intervenir en amont à domicile en cas de décompensation de patients et ainsi éviter l'hospitalisation. Il rappelle ensuite, concernant les hôpitaux de réadaptation, que les hôpitaux de Montana et de Joli-Mont ont été réintégrés aux HUG et que cela sera effectif dès le 1<sup>er</sup> juillet prochain. Il précise que la réadaptation est une question

importante, qu'elle souffre d'un manque de structures dans le canton, ce qui les oblige parfois à faire appel à des structures dans le canton de Vaud. Il ajoute que c'est dans ce cadre que cette intégration va permettre de nouvelles synergies. Il précise que les soins de réadaptation sont nécessaires aujourd'hui car, compte tenu du tarif SwissDRG, qui donne un montant fixe pour une intervention déterminée, l'on a intérêt à être dans la fourchette. Il souligne que l'on ne garde pas par confort une personne plus longtemps en soins aigus aux HUG et donc qu'il est nécessaire que l'on ait des structures mieux dotées, en termes d'encadrement médical, raison pour laquelle l'on prévoit des effectifs supplémentaires pour un taux d'encadrement supérieur à Joli-Mont et à Montana. Il ajoute que l'intégration de ces deux établissements permettra à ces derniers de bénéficier de la force de frappe d'un établissement de la taille des HUG, sans pour autant démunir d'autres services qui ont aussi besoin de forces. Concernant les lits EMS, il précise que l'on va avoir un déficit modéré jusqu'en 2019, date à laquelle il est prévu l'ouverture d'un nouveau EMS. Il précise que l'on ne va pas pouvoir remplacer les EMS uniquement par le maintien à domicile. Il souligne que l'on arrive aujourd'hui à une moyenne de 83 ans, lors de l'entrée en EMS, ce qu'il considère comme un excellent résultat, mais il rappelle que cela nécessite un encadrement plus important lorsque ces personnes arrivent en EMS, puisqu'elles sont dans un moins bon état de santé. Il ajoute que, la population de plus de 80 ans augmentant, il va falloir créer de nouveaux lits en EMS. Il espère que les IEPA et un encadrement plus efficace permettront de contenir cette évolution, mais il souligne que l'on ne pourra néanmoins pas l'éviter. Concernant la pénurie des professionnels de la santé, il indique que l'Etat va soutenir les efforts en matière de formation effectués par les institutions sanitaires. Concernant la pénurie de médecins dont on parle beaucoup, il estime qu'il ne s'agit pas d'une réalité en tant que telle, car, en Romandie, l'on forme suffisamment de médecins pour la Romandie, contrairement à la Suisse alémanique qui est en sous-effectif de formation. Il précise que le problème se concentre surtout dans les besoins d'orienter les médecins vers la médecine générale, à laquelle il convient, selon lui, de redonner ses lettres de noblesse. Il souligne qu'il s'agit donc de valoriser cette dernière, en créant une chaire comme cela a été fait, mais aussi en offrant des structures, dans les communes qui sont prêtes à accueillir des cabinets de groupes, car il pense que c'est dans ce sens que l'on doit aller. Il relève que les jeunes médecins s'installent aujourd'hui en groupe car ils travaillent de moins en moins à 100%, en particulier les femmes qui préfèrent, selon lui, travailler à temps partiel. Concernant la prévention des maladies et la promotion de la santé, il souligne qu'il s'agit de continuer à travailler au niveau du diagnostic précoce des maladies chroniques. Il observe que, pour l'instant, Alzheimer

n'est pas guérissable, mais que l'on peut toutefois en retarder l'évolution par un diagnostic précoce et il considère qu'il convient donc d'y travailler.

M. Bron désire faire un état des lieux et revenir sur les projections plus en détail. Il souligne qu'aujourd'hui, le système de santé prend en charge à Genève 51 500 cas de soins aigus, 355 000 jours de réadaptation et de gériatrie, 140 000 jours de psychiatrie, 3300 cas d'hospitalisation hors canton, 3800 lits d'EMS, 910 000 heures de soins à domicile dont plus du 70% est fait par l'IMAD, 900 millions de prestations Tarmed facturées dont 600 millions par les cabinets médicaux et 27 000 transports urgents, ce qu'il juge considérable par rapport à la population. Il indique ensuite que la population de plus de 80 ans a augmenté beaucoup plus vite que le reste de la population (+2,7% par année) et qu'il s'agit de la population qui consomme le plus de soins. Il explique que cela se traduit par une augmentation encore plus importante dans la prise en charge à domicile (+4,5% par année). Concernant la réadaptation gériatrique, il relève qu'il y a aussi une augmentation importante (+2,2%), ce qui crée de réels impacts sur les structures et l'évolution de la demande ; il ajoute que c'est aussi le cas pour la psychiatrie et les soins aigus. Il observe que l'on est relativement bien doté aujourd'hui, mais qu'avec la réduction de la durée moyenne des séjours, il pourrait y avoir une compensation sur les besoins en soins aigus par rapport aux soins de suite. Il souligne ensuite que, si l'on regarde ces chiffres en termes de journées ou de lits, l'on constate, en fonction des différents scénarii, que l'on a quand même besoin de 4 lits en plus en psychiatrie, que l'on doit s'apprêter à assumer 661 cas de plus par année en soins somatiques aigus, qu'au niveau de la réadaptation, il y a un nombre de cas considérablement plus élevé (+8037 jours/an) et que les besoins en lits en gériatrie sont aussi conséquents (+23 lits). Enfin, il observe que, sur les hospitalisations hors canton, l'on a une augmentation de 48 cas en plus par année, une augmentation qu'il juge liée à la relative rareté de certaines prestations à Genève. Il indique ensuite que pour affronter ces chiffres, il y a eu deux groupes de travail spécifiques mis en places, l'un pour la psychiatrie, à la demande de la commission, et un second concentré sur la gériatrie et la réadaptation pour surtout imaginer des manières d'atténuer l'augmentation des besoins et de décorrélérer les besoins en hospitalisation brute pour améliorer la prise en charge de ces patients, de manière quelque peu alternative. Il souligne qu'il y a un scénario de base pour les besoins psychiques qui intègre le fait qu'il y a surcharge à Belle-Idée et qui montre qu'il faudrait doter cet hôpital d'une capacité à accueillir tous les patients qui s'y trouvent aujourd'hui et assurer en plus l'augmentation des besoins. Il observe qu'un scénario alternatif serait d'augmenter les soins à domicile, d'avoir des lits dans des structures communautaires et garder 25 lits pour compenser la surcharge de Belle-Idée.

Il souligne qu'il y a un scénario encore plus ambitieux qui viserait à transférer ces patients vers des structures intermédiaires de type IEPA ou EMS spécialisés qui permettent de compenser la surcharge de Belle-Idée. Il relève que parmi les pistes qui sont proposées, et dont certaines sont déjà bien avancées, l'on évoque la possibilité d'avoir des prestations de santé mentale à domicile. Il précise qu'un projet pilote a démarré avec l'IMAD à Vernier et donc que l'idée est à terme de pouvoir déployer des équipes sur l'ensemble du canton pour pouvoir permettre à un certain nombre de patients de rester chez eux et d'éviter les hospitalisations à répétition. Il ajoute qu'en cas de décompensation, le but est aussi d'intervenir en amont avec des unités mobiles afin d'éviter les hospitalisations. Il précise que cela demande une organisation de la part des équipes mobiles de l'hôpital et, le cas échéant, de la médecine de ville, même si cela semble plus compliqué. Il indique que la collaboration entre l'hôpital et les psychiatres de ville mériterait selon lui d'être redynamisée ; il estime qu'il existe une commodité consistant à mettre les gens à l'hôpital et de ne pas s'assurer par la suite qu'il y a une bonne continuité de la prise en charge par la médecine de ville, ce qui peut conduire souvent à des réhospitalisations par la suite. Il souligne que le nombre de patients potentiellement concernés par des structures communautaires et des structures intermédiaires de type IEPA est en augmentation et il pense que des structures plus spécifiques, permettant d'avoir une prise en charge socioéducative et soignante adaptée, permettraient aussi d'éviter d'avoir systématiquement recours à l'hôpital. Enfin, il relève que l'on pourrait avoir des EMS spécialisés en matière de psychogériatrie afin d'éviter que les patients concernés ne restent à l'hôpital.

M. Bron aborde ensuite la réadaptation et souligne qu'il y a aussi plusieurs scénarii envisageables. Il indique tout d'abord que le scénario de base vise à avoir 161 lits de plus afin d'augmenter les places pour ceux qui sont aujourd'hui inadéquatement placés dans des zones de soins aigus, en attente de placement. Il indique que, si l'on parie sur une diminution de 10% de la durée moyenne de séjour, l'on arrive à atténuer considérablement les besoins supplémentaires, mais il souligne que malgré ces mesures réalistes et volontaristes, l'on arrive à une augmentation réelle de 83 lits sur l'ensemble de la période de la planification, ce qu'il ne juge pas anodin pour l'ensemble d'un service.

M. Bron observe ensuite que, pour essayer de décorrélérer la simple augmentation des besoins à l'allocation de ressources, beaucoup de choses peuvent être faites au niveau de la prévention : la prévention des chutes, un système de transport accompagné pour les évaluations ambulatoires, la physiothérapie à domicile, une augmentation des visites à domicile et un développement des alternatives à l'hospitalisation de type UATM, afin d'avoir

à la fois une présence infirmière et une disponibilité médicale. Il mentionne aussi les filières pour les diagnostics fréquents et enfin, des lits d'EMS en nombre suffisant pour les patients en attente de placement. Concernant l'évolution des lits en EMS, il souligne qu'à la page 18 de la présentation, la droite bleue correspond à l'évolution, en fonction d'un scénario retenu de retour aux soins qui correspond aux coûts que l'on connaît aujourd'hui ; que la droite rouge figure les ouvertures prévues et donc que l'on peut constater que l'on se trouve à peu près dans la cible jusqu'en 2019, mais il souligne que le différentiel croît néanmoins par la suite. Il estime que le seul élément anxigène à ce stade est qu'il n'y a pas de prévisions d'ouvertures d'EMS après 2019 ; il considère qu'il faut donc qu'il y ait des alternatives envisagées, avec notamment des IEPA pour la décennie prochaine, sachant que l'on sera à ce moment au plus haut de la vague du « tsunami gris ». Concernant le maintien à domicile, il relève que l'on prévoit une augmentation de 4.5% par année des heures de soins à domicile. Il souligne que l'on prévoit aussi l'ouverture de foyers de jours et de jour/nuit (2 généralistes et 3 spécialisés dans les troubles cognitifs). Il observe qu'il s'agit en l'occurrence du périmètre dans lequel l'on pourrait justifier l'ouverture de nouvelles structures. Il ajoute ensuite qu'ils prévoient d'augmenter les UATR jusqu'à concurrence de 60 places et que les besoins, tels qu'on les voit aujourd'hui, peuvent justifier l'ouverture de jusqu'à 60 places en UATR. Il observe que l'on privilégierait idéalement le redéploiement des UATR liés au maintien à domicile en de plus petites structures que ce qui est connu aujourd'hui à Villereuse, et le reste dans les EMS, lesquels ouvriraient des places supplémentaires en EMS. Il ajoute par ailleurs que, si l'on pouvait doubler les UATM, cela serait très pertinent pour éviter les retours en hospitalisation. Il précise enfin qu'en ce qui concerne les immeubles avec encadrement pour personnes âgées, les besoins maximums identifiés seraient de 734 logements supplémentaires, ce qui inclut tout ce qui n'a pas pu être fait pendant la période de planification précédente. Il considère qu'il y a un pas important qui vient d'être franchi avec la modification de la RESDom qui permet de soutenir l'exploitation d'immeubles qui eux-mêmes ne sont pas subventionnés à la construction pour faire des logements sociaux. Il trouve cela très pertinent et de plus léger pour l'argent public, tout en garantissant une certaine disponibilité de prestations sécuritaires et soignantes, mais dans un cadre qui serait un loyer libre. Concernant la médecine ambulatoire, il indique qu'ils sont très intéressés à pouvoir réguler l'offre ambulatoire car cela permet de rester dans le cadre de la LAMal, de garantir durablement l'obligation de contracter et permettre néanmoins une certaine maîtrise des coûts et de la qualité. Il souligne que les efforts ont été frustrés par les diverses menaces d'abandons, les réintroductions partielles, etc. Il souligne qu'ils continueront à défendre la possibilité pour le canton de réguler l'offre

ambulatoire. Il relève qu'ils seraient donc intéressés à pouvoir poursuivre cette pratique avec l'AMG et avec les établissements médicaux publics et privés. Concernant les besoins en personnel en 2020, il explique qu'ils ont effectué pour la première fois cet exercice de projection conformément à ce qui était prévu dans le plan de lutte de pénurie dans les professions de la santé, mais il souligne qu'il convient de faire attention dans la manière de lire ces chiffres, puisqu'il y a déjà aujourd'hui un très fort renouvellement des professionnels de la santé (environ 450 personnes par année). Il souligne que la différence entre les deux chiffres avancés relève de la durée moyenne de vie professionnelle. Il précise que s'il y a une hypothèse de longue durée de vie professionnelle, le tournus est moins important et vice et versa. Il estime que l'on est néanmoins plutôt dans la fourchette haute en termes de planification. Il souligne par ailleurs que l'objectif est avant tout d'être moins tributaire de ceux qui sont formés à l'étranger, mais pas de forcément être totalement autosuffisant en termes de personnel de la santé.

M. Bron relève ensuite que les mesures d'efficience restent d'actualité. Il souligne que l'une de celles-ci est d'avoir des outils de travail modernes et rappelle que le Grand Conseil a consenti un effort important dans la structure hospitalière avec le BDL2. Il indique que l'on essaye d'avoir aussi des mesures en psychiatrie, en réadaptation et gériatrie, une deuxième UATM et des compléments de prestations avec les cliniques privées. Concernant le volet médico-social, il explique que les mesures seraient d'accroître les capacités de réponse, d'avoir des mécanismes de régulation dans le cadre du contrat de prestations de l'IMAD. Il considère que tout le monde a été un peu dépassé par l'évolution des prestations de soins à domicile, ce qui n'est pas strictement lié à l'évolution démographique, mais aussi aux habitudes de consommation et de prescription ainsi qu'aux évolutions sociales qui font que les gens sont peut-être plus isolés. Il observe que l'on prévoit donc l'imprévu dans le contrat de prestations afin de pouvoir maintenir une bonne qualité de réponse et ne pas mettre en échec le dispositif stationnaire. Il ajoute que les dernières mesures seraient d'avoir des foyers de jour et de jour/nuit plus nombreux qu'aujourd'hui ainsi que des structures intermédiaires visant à limiter le nombre d'EMS. Concernant le préhospitalier, il souligne qu'ils sont en train de moderniser la centrale du 144 et qu'ils renforcent les effectifs des ambulances, notamment en soirée. Il précise que l'on cherche aussi à avoir si possible une régulation de l'offre médicale, une favorisation de la médecine de premier recours ; il pense que cela peut être imaginé dans le cas d'éventuels projets de maisons de santé. Il estime qu'il pourrait être intéressant de soutenir de tels projets et en outre avoir un bon dialogue avec les institutions publiques et privées de manière à garantir que tout le monde fasse sa part au niveau de

l'effort de formation. Il relève enfin l'importance de mener à bien tous les efforts de lutte contre la pénurie ; il précise qu'il y a 22 actions en cours qui sont plutôt réjouissantes dans leur productivité. En conclusion, il indique qu'il y a encore des efforts à faire au niveau de l'efficacité du réseau, notamment en termes de stratégie de cybersanté et de coordination des soins. Il estime que l'ampleur de l'évolution des besoins ne peut pas être assumée sans être plus efficace, ce qui signifie que, s'il n'y a pas de façon parallèle une augmentation de la capacité de réponse des structures de soins, l'arbitrage devra être fait entre la diminution de la qualité et de l'accès aux soins et la diminution des allocations de ressources, et, parallèlement, un besoin appuyé de faire des efforts de formation afin de diminuer la dépendance des instituts de formation à l'extérieur du canton.

Un député EAG se demande où se situent le développement des soins ambulatoires en hôpital, par rapport au schéma de la p.4 de la présentation. Par ailleurs, il a l'impression que les soins ambulatoires augmentent plus vite que les soins en hôpital. Il se demande si une dynamique est envisagée en ce sens. Par ailleurs, il se demande ce qui est envisagé concrètement pour les personnes à mobilité réduite, au niveau du développement des visites à domicile des médecins de ville. Enfin, concernant les mandats de prestations avec les cliniques privées, il désire savoir de quoi il s'agit plus précisément.

M. Poggia souligne que la médecine ambulatoire hospitalière est inscrite sous la médecine de ville et considérée comme une offre de soins ambulatoires. Il précise que Genève a appliqué un tarif unique pour la médecine ambulatoire ou médecine de ville, pour ne pas créer de type de concurrences déloyales, contrairement à ce qui se fait dans le canton de Vaud. Il considère que ce serait la guerre de l'ambulatoire dans le canton, ce qu'il ne juge pas sain. Concernant le virage ambulatoire, il souligne que la technologie permet aujourd'hui de faire des opérations en ambulatoire, ce qui est intéressant pour le canton puisque l'ambulatoire est intégralement à charge de la LAMal, ce qui ne veut néanmoins pas dire que le canton ne paye rien pour la LAMal, compte tenu du nombre élevé de subsides accordés. Il relève qu'il y a moins d'opérations dans certaines spécialités, en stationnaire, mais que l'augmentation du nombre de gens en ambulatoire est une réalité et qu'elle a été prise en compte dans la planification. Il souligne par ailleurs qu'il existe une tendance fédérale qui cherche à inciter les cantons à participer à la médecine ambulatoire hospitalière.

M. Bron relève que les scénarii incluent complètement l'évolution de la médecine ambulatoire, mais que malgré cela, il y a une évolution des soins aigus.

M. Poggia relève ensuite qu'il existe une tendance à appeler les services d'urgences médicaux à domicile car le médecin traitant se déplace de moins en moins volontiers à domicile et que l'on n'a pas d'instrument pour obliger les médecins à rendre ce type de services. Il relève que de jeunes médecins ont toutefois saisi qu'il y avait là une niche professionnelle à exploiter.

M. Bron estime qu'il y a eu une évolution entre les modalités de réponses 24h/24h de la médecine de ville, mais il souligne que l'on n'a pas grand-chose d'autre que la conviction pour inciter ces pratiques. Il considère que les éléments sont maintenant sur la table et qu'il y a un bon niveau du dialogue avec l'AMG dans le but de voir comment l'on organise des invitations à domicile pour permettre le maintien à domicile en binôme avec l'IMAD.

Un député EAG se demande si Tarmed reconnaît quelque chose à ce niveau.

M. Bron lui répond par l'affirmative mais indique que cela est reconnu de manière insuffisante par rapport à une consultation en cabinet.

M. Poggia souligne que Genève est la ville la plus dotée en psychiatres, que malgré cela, le nombre d'hospitalisations psychiatriques ne diminue pas et il considère donc que les psychiatres ne se relèvent pas assez les manches. Il pense que l'on pourrait donc imaginer des moyens de contraintes au niveau des gardes dans certaines professions, même s'il répugne ce genre de pratiques. Il relève que l'on n'en est pas là car il considère qu'il y a encore un écho par rapport à cette problématique, mais que Genève pourrait, le cas échéant, être le pionnier dans ce domaine. Concernant les mandats pour les cliniques, il explique qu'ils ont considéré, dans la planification, que la médecine publique devait répondre aux besoins de la population en matière stationnaire. Il ajoute qu'ils ont néanmoins estimé qu'ils ne pouvaient pas faire abstraction des pôles de compétences existant dans les cliniques privées. Il relève que les cliniques ont souhaité elles aussi participer. Il ajoute qu'en 2011, lorsque les cliniques ont été contraintes à faire des offres de service dans certains domaines, elles ont postulé, sous la pression des assureurs privés, lesquels ont compris qu'il y avait un intérêt à ce que le canton paye à hauteur de 55% les coûts de l'intervention. Il souligne que la facture globale était donc bien supérieure à celle que les assurances prennent en charge si leurs assurés privés entrent dans un contingent pris en charge par le canton, à raison de 55% du tarif SwissDRG. Il précise que les cliniques se sont développées aussi au niveau de leurs bâtiments et il existe en effet actuellement une propension des cliniques privées à faire des offres à l'Etat. Il souligne qu'ils ont considéré que le canton devait assurer une médecine de qualité sur le long terme ; or il explique que les cliniques ne sont pas soumises à une telle obligation et qu'elles peuvent abandonner certaines prestations si elles estiment qu'elles ne sont pas



intéressantes pour elles. Il explique que les cliniques n'ont par exemple pas utilisé les contingents que l'Etat leur a donnés en matière de gynécologie obstétricienne car elles estimaient que cela n'était pas économiquement intéressant. Il pense donc qu'il est important que l'on puisse garder des compétences sur le long terme dans les hôpitaux. Il précise qu'ils ont prévu de laisser les HUG en dessous de leur capacité maximale, afin de réduire les délais d'attente et qu'ils ont donc fait un partenariat avec les cliniques genevoises qui entraînent dans les critères, sur trois ans, sauf avec l'Hôpital de la Tour qui considère que l'Etat n'a pas à faire de contingents et doit intervenir pour l'intégralité des patients qui décident d'aller se faire opérer à la Tour. Il rappelle que des procédures sont en cours et que selon les résultats, cela pourrait modifier leurs vues par rapport aux questions de planification, mais aussi aux questions budgétaires puisque, contrairement aux cliniques, les HUG fonctionnent avec une enveloppe globale, qu'elles ont des équipes prêtes 365 jours par année et qu'ils ont l'obligation d'admettre. Il relève que, si en cours d'année, il reçoit une décision judiciaire affirmant que les patients peuvent aller où bon leur semble et que la population soutient une telle décision, il va alors y avoir un double des structures : celles qui existent aux HUG pour répondre aux besoins et celles qui se développeront dans les cliniques pour répondre aux mêmes besoins. Il souligne que cela est connu dans d'autres cantons qui souffrent passablement de cette situation, avec des cliniques qui se sont développées en frontière de canton. Il pense que le système actuel pose des problèmes graves car l'on n'a pas amélioré les prestations, mais simplement augmenté les coûts. Il souligne en outre que c'est la connaissance d'un médecin qui nous amène à nous faire opérer dans un endroit et non la qualité des soins à proprement parlé.

Un député EAG se demande comment l'Etat fait pour qu'il n'y ait pas une concurrence déloyale entre la médecine hospitalière publique qui se charge de tous les cas et une médecine hospitalière privée qui peut se focaliser sur les cas les plus rentables.

M. Poggia observe que chacun voit une concurrence déloyale selon son point de vue. Il précise que le tarif négocié par les cliniques privées avec les assureurs est inférieur au tarif DRG des hôpitaux avec les assureurs, ce qui fait dire aux cliniques qu'elles sont moins chères que les hôpitaux universitaires. Il précise que le tarif est un peu plus haut dans ces hôpitaux car l'on fait une moyenne sur l'ensemble des cas. Il se pose donc des questions lorsqu'il entend que des cliniques sont moins chères pour les patients AOS, mais qu'elles travaillent à perte. Il observe que le risque, au cas où les cliniques font des prix moins chers pour attirer les patients, est au final qu'elles abandonnent ce qui n'est pas rentable.

M. Bron ajoute qu'il y a des conditions dans les mandats, en termes de normes salariales, en termes de reporting à l'Etat ou encore en termes de contributions au niveau des urgences. Il estime que c'est la loi fédérale qui oblige à ouvrir le terrain mais ce n'est pas elle qui peut empêcher l'application de la loi fédérale.

Un député S observe qu'il y a en effet une question de mandats, mais il pense qu'il pourrait aussi avoir une question de sélection des cas qui pourrait se faire par les réseaux de médecins. Il se demande si cela a été constaté à Genève et s'ils ont les moyens de s'en prémunir.

M. Bron lui répond par l'affirmative et explique qu'au niveau du reporting, ils regardent au cas par cas, en observant la lourdeur moyenne des cas afin de garantir qu'il n'y ait pas de sélection des cas. Il souligne qu'à partir du moment où le prix est moins cher en clinique, le risque est que les cliniques prennent des cas trop lourds et travaillent à perte. Il précise qu'il s'agit néanmoins de volumes très restreints.

M. Poggia précise que le montant total des mandats confiés aux cliniques privées est de l'ordre de 15 millions, alors que la subvention accordée aux HUG est de l'ordre de 800 millions. Il souligne qu'il y a néanmoins pour les cliniques un effet qui va au-delà de l'enveloppe budgétaire car il s'agit d'une reconnaissance de leurs compétences qui fonctionne comme un argument marketing et leur permet de négocier avec les assurances.

M. Bron ajoute qu'ils ont constaté, au cours des premières années de ces mandats, qu'il n'y avait pas de volonté manifeste de se départir systématiquement des cas lourds, mais il relève que sur la durée, les cas les plus compliqués finissent malgré tout toujours aux HUG. Il pense qu'il ne faut pas surpayer les cliniques privées, mais ne pas les sous-payer non plus.

Un député S se demande s'ils envisagent de modifier la liste hospitalière.

M. Bron indique qu'ils viennent de le faire sur la base de ce rapport.

Un député S comprend que Montana est à la fois sur les listes hospitalières valaisanne et genevoise.

M. Poggia lui répond par l'affirmative et considère que cela permet à Montana d'avoir un taux de remplissage excellent et de ne pas être en déficit.

Un député S se demande s'ils arrivent à savoir quels sont les motifs des personnes qui vont se faire soigner ailleurs.

M. Bron indique qu'ils connaissent tous les cas grâce au fait qu'ils ont maintenu un dispositif pour vérifier les tarifs applicables. Il souligne qu'il s'agit en majorité de patients qui vont dans le canton de Vaud, souvent au Groupe hospitalier de l'ouest lémanique (GHOL) à Nyon et à Rolle, mais aussi

dans les cliniques de réadaptation (Genolier et la Métairie) ainsi qu'au CHUV dans une moindre mesure.

Un député S se demande pourquoi les personnes vont se faire soigner à Nyon.

M. Bron précise qu'il y avait des accords avec Nyon en matière de chirurgie orthopédique avec les HUG et donc qu'il y a une filière qui est bien rodée. Il ajoute que pour toute une population de la rive droite, Nyon est un centre attrayant pour certaines prestations.

M. Poggia ajoute qu'en psychiatrie, il n'y a pas de clinique psychiatrique privée à Genève et que certaines personnes préfèrent donc aller à La Métairie. Il relève néanmoins qu'il y a plus de personnes qui viennent d'autres cantons à Genève que le contraire et donc que le canton reste à ce niveau gagnant.

Une députée PLR observe que Genève a quelque peu incité les patients à aller à Nyon pour les cas orthopédiques car il y avait trop d'attente à Genève.

M. Bron lui répond par l'affirmative.

Un député S relève que Genève n'envisage pas de former le 100% du personnel nécessaire pour le renouvellement du personnel ; il désire savoir d'où viennent les autres personnes à qui l'ont fait appel.

M. Bron indique qu'ils ont des enquêtes à ce sujet avec l'origine des diplômés des différents professionnels. Il précise qu'il y a beaucoup de diplômés français dans le domaine soignant, mais que dans les autres professions, les origines sont beaucoup plus diverses.

M. Poggia souligne que ce n'est pas un choix délibéré que de continuer à faire appel à de la main-d'œuvre étrangère, mais que le rythme de formation n'est pas encore suffisant à Genève pour pouvoir être en autosuffisance.

Un député S se demande si l'on envisage de développer ce rythme.

M. Poggia lui répond par l'affirmative.

M. Bron ajoute que cela est différencié en fonction des filières. Il relève que la faculté de médecine a déjà fourni un gros effort. Il précise que pour les infirmiers, les volées ne sont pas encore suffisantes pour couvrir les besoins et il y a donc une augmentation prévue des capacités de formation de la HES. Il ajoute que des classes s'ouvrent avec des augmentations de volume importantes dans les formations du secondaire II ; il précise que l'on va tripler le nombre d'apprentis de l'IMAD sur les 4 ans de la planification ; il ajoute que le nombre de personnes intéressées à cette filière est pour le moment suffisant. Il précise qu'il est néanmoins difficile de matcher l'offre avec les besoins.

Un député S désire savoir si des discussions ont eu lieu avec le partenaire français à ce propos.

M. Poggia observe que l'amortissement de la formation est faible puisque la durée d'activité professionnelle moyenne pour les infirmières est de 8 ans. Il observe que cela est aussi un problème pour la France puisqu'ils veulent aussi savoir où vont leurs soignants. Il précise que l'idée est donc d'ouvrir prochainement à Gaillard, auprès de l'Institut français des soins infirmiers (IFSI) une école commune, dans le but d'essayer de créer une dynamique de formation. Il souligne que, si l'on doit engager du personnel français, l'Etat doit pouvoir avoir un œil sur sa formation. Il relève que l'on en est pour l'instant au stade de la mise sur pied du projet et que, pour Genève, la participation ne se résumerait qu'aux frais de loyer de l'endroit choisi. Il souligne que Genève fait l'objet de pressions très fortes de la part des partenaires français pour créer l'école sous le même toit. Il ajoute que ce n'est pas parce que l'on est formé dans cette école que l'on aura une priorité pour être engagé où que ce soit. Il relève que les autorités politiques voisines sont intervenues depuis longtemps pour que l'école soit constituée à Gaillard, plutôt qu'à Grenoble, d'où la démarche des autorités françaises auprès du Conseil d'Etat. Il souligne que le Conseil d'Etat s'est contenté pour le moment d'affirmer qu'il était ouvert à l'idée. Il précise toutefois que pour le moment, il y a encore beaucoup d'éléments à régler ; il rappelle qu'il n'y a même pas de tronc commun car les cursus sont différents. Il relève toutefois qu'ils ne vont certainement pas permettre au personnel français formé dans cette école d'avoir une priorité d'engagement à Genève, mais il souligne qu'en l'état actuel, l'on n'arrivera pas à s'auto satisfaire pour nos besoins de soins dans les 5 ou 10 ans qui viennent. Il indique enfin que l'on constate aujourd'hui que ces personnes viennent avec un niveau de formation qui n'est pas celui demandé en Suisse et que ce sont nos institutions qui leur donnent le complément de formation nécessaire.

M. Bron ajoute que les infirmières formées en France voisine font souvent des stages dans les institutions genevoises et donc que la réalité est quelque peu différente de celle avancée par l'Agence régionale sanitaire française. Il ajoute que la région Rhône-Alpes est au moins autant tributaire du personnel formé ailleurs en France que Genève ne l'est de la région Rhône-Alpes.

Un député PLR considère qu'il est positif de voir que les IEPA ne rentrent plus dans les contraintes de la LGL ; il remercie le département pour cela. Il s'inquiète néanmoins du financement de toutes les mesures présentées, par rapport au niveau des prestations. Il relève qu'à la commission des finances, il a fallu encore voter 5 millions supplémentaires pour l'IMAD compte tenu de l'augmentation des besoins. Il se demande donc si l'on n'augmente pas trop

les prestations ; il évoque par exemple le fait que les infirmières vont acheter les médicaments pour les patients et il se demande si c'est vraiment leur rôle. Il se demande en outre si l'on ne devrait pas avoir aussi une réflexion sur le niveau des prestations que l'on peut donner ; il relève que l'on parle de 40 à 80 millions supplémentaires uniquement pour l'engagement des nouveaux professionnels. Concernant les permis G, il relève qu'il y a en gros seulement 38% des infirmiers qui habitent le canton ou qui habitent à l'extérieur et qui sont suisses. Enfin, il indique avoir entendu parler du projet d'école évoqué il y a quelques années : il se demande si ce projet sera soumis au Grand Conseil ou s'il s'agit d'une simple décision du Conseil d'Etat.

M. Poggia indique que la condition du Conseil d'Etat est que cette école coûte moins cher que si elle était à Genève ; il ajoute que le but est de créer des locaux neufs pour créer une synergie dans le domaine de la santé, avec des échanges de vues et pas des échanges de personnel, même si cela se fera par la suite par la force des choses. Il indique qu'il ne voit aucun problème à venir présenter les réflexions du Conseil d'Etat sur le sujet au Grand Conseil. Il relève qu'actuellement, l'OBA est en train de regarder quel est le loyer maximum que l'Etat pourrait assumer. Il considère qu'il s'agit surtout d'une question symbolique pour les élus voisins, mais aussi une possibilité de disposer d'une école de formation à proximité et non à Grenoble. Concernant le financement, il observe qu'il y aura forcément une hausse, même si l'on va pouvoir la contenir dans une certaine mesure. Il indique que l'on doit rechercher des alternatives aux solutions mises en place ces dernières années, au niveau des soins aigus, subaigus, de la gériatrie, de la psychiatrie, etc. Il ajoute qu'il existe un PL prévoyant qu'il y ait la possibilité que les immeubles nouveaux puissent être transformés pour des personnes invalides ; il considère que ce projet est important car il pense que, si l'on peut éviter de déplacer les personnes âgées en perte d'autonomie, il faut le faire. Concernant les autres voies de financement, il pense que c'est au niveau fédéral qu'elles seront pensées et il se demande pour sa part si l'on pourra toujours offrir autant à tout le monde et s'il conviendra de créer une nouvelle assurance sociale car il se demande jusqu'à quand l'on va pouvoir demander aux personnes jeunes de soutenir les coûts engendrés par une masse de personnes plus âgées. Il se demande donc s'il ne faudrait pas imaginer une assurance dépendance obligatoire, à partir d'un certain âge, qui verserait des prestations mensuelles en fonction de la rente pour impotence, que l'on pourrait obtenir en complément de l'AI ou de l'AVS. Il observe qu'il y a bien un problème politique à soutenir un tel projet car il n'y a pas une amélioration de l'offre. Il considère que, s'il n'y a pas une prise de conscience générale et que s'il n'y a pas une impulsion fédérale sur ce type de problématique, l'on va

continuellement se décharger sur les cantons et ces derniers à un moment n'arriveront plus à faire face.

M. Bron ajoute que l'on augmente la capacité de financement de l'IMAD, qu'ils proposent 4.5% pour année, mais qu'en parallèle, l'augmentation du nombre d'heures de soins est de 8%. Il précise que l'effort d'efficience est donc déjà là. Il souligne qu'il convient de réfléchir à comment l'on fait mieux ; il ajoute que l'on peut avoir le même raisonnement pour les hôpitaux puisque, sur la période 2010-2013, l'augmentation des soins aigus pour les patients AOS genevois était de 6%, alors que l'allocation de ressources n'a pas augmenté de 6% sur cette période. Il relève qu'il y a donc des gains d'efficience déjà recherchés, mais il pense néanmoins que l'on ne peut pas tout attendre de ces gains d'efficience. Il ajoute qu'il est important de ne pas seulement financer ce que l'on connaît déjà, mais aussi des projets qui permettent des meilleures coordinations et des gains d'efficience entre les différentes institutions, ainsi que des modalités de prises en charge qui permettent de réduire l'intensité des soins à domicile et des recours aux soins hospitaliers. Il observe que cela est néanmoins moins confortable à financer que les HUG ou l'IMAD, institutions que l'on connaît déjà.

M. Poggia précise que la difficulté de l'investissement de ce programme provient du fait que le résultat ne se fera pas sentir tout de suite.

La présidente rappelle que la semaine prochaine, des auditions sont déjà prévues sur les soins dentaires et le suicide assisté ; elle propose donc de continuer le débat sur la planification sanitaire le 1<sup>er</sup> juillet. Elle indique par ailleurs qu'elle sera absente et donc que M. CONNE présidera la séance.

## **Séance du vendredi 9 septembre 2016**

*Assistent :*

- *M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, DEAS*
- *M. Adrien Bron, directeur général, DGS*
- *M<sup>me</sup> Sabrina Cavallero, directrice Planification et réseau de soins, DGS*
- *M. Jérôme Perucchi, chef a.i. secteur planification, DGS*

*Procès-verbaliste : M<sup>me</sup> Manuela-Christine Rochat*

La présidente propose de passer directement à la suite de l'audition du département concernant la planification sanitaire et également la psychiatrie adulte. Plusieurs députés avaient demandé la parole pour poser des questions. La présidente va donc suivre cet ordre, en commençant par elle-même. Tout d'abord, elle fait remarquer que le rapport n'aborde pas la question de la

psychiatrie dans les prisons, alors qu'il s'agit d'un problème de plus en plus récurrent. Le département a-t-il réfléchi à ce sujet ? Par ailleurs, lors de la présentation de la planification, le département a signalé que deux centrales pour les ambulances seront créées. Elle aimerait quelques précisions à ce sujet, notamment si les lieux sont prévus ou si cela se fera en fonction des deux prochaines entreprises qui le demanderont.

M. Poggia souhaite donner un premier élément de réponse ; il laissera, ensuite, M. Bron s'exprimer. Concernant la psychiatrie en prison, il faut savoir que la problématique des lits ne se pose pas, puisque les détenus doivent, en principe, avoir un lit. En revanche, au niveau du personnel à disposition pour la psychiatrie, M. Poggia est actuellement en phase de réflexion avec son collègue, M. Maudet, sur l'organisation au sein de Curabilis, mais également de manière générale sur le secteur pénitentier. Cette phase aboutira d'ici fin septembre. Un rapport a d'ailleurs été demandé au professeur Giannakopoulos ; remis à certains interlocuteurs privilégiés à Genève et ailleurs en Suisse pour avoir leur retour. Concernant Curabilis, les HUG ont obtenu les moyens financiers nécessaires pour les recrutements de l'année prochaine. Le problème ne se pose donc pas au niveau du personnel encadrant (infirmiers en psychiatrie, psychiatres). Mais, l'avenir du secteur psychiatrie pénitentiaire et son organisation sont en jeu : certains pensent qu'il faudrait qu'il y ait aussi un secteur de psychiatrie dédié à Champ-Dollon, qui n'est normalement pas une prison d'exécution de peine, mais préventive. Or, dans les faits, des personnes y exécutent leur peine, pour lesquelles des mesures de suivi thérapeutique psychiatrique n'ont pas été ordonnées par la justice, mais qui néanmoins présentent des problèmes de décompensation. Actuellement, la médecine communautaire se charge de la prise en charge de ces patients ; mais ce ne sont pas des services de psychiatrie dirigés par le professeur Giannakopoulos au sein de Curabilis. Pour terminer sur cette question, le problème ne se situe donc pas au niveau de la planification, mais plutôt au niveau organisationnel et de subordination. Certains souhaiteraient que la médecine pénitentiaire de manière générale, voire la psychiatrie pénitentiaire, soit sous une hiérarchie sécuritaire. D'autres pensent qu'il faut mieux organiser les points de friction entre le sécuritaire et le médical ; mais que le médical doit rester indépendant du sécuritaire et rattaché aux HUG pour une question de cursus professionnel et de recrutement. Il est plus facile de recruter des médecins qui veulent faire leur formation, si leur passage en psychiatrie pénitentiaire compte comme formation, plutôt que d'entrer dans un service de psychiatrie pénitentiaire au sein d'un département chargé de la sécurité. C'est une réalité, d'après les personnes entendues, puisqu'il est peu alléchant pour des étudiants en médecine d'entrer dans un département qui n'offre pas de

possibilités d'évolution de carrière, comme c'est le cas pour les HUG. Concernant les ambulances, aucune loi n'impose, à l'heure actuelle, la localisation des bases d'ambulances. Il faut savoir également que les ambulances n'ont pas le droit de circuler dans la ville dans l'attente d'un appel. Elles ont une base et des accords existent entre les différentes compagnies d'ambulance. Les bases sont donc bien réparties sur le territoire du canton. De ce fait, l'Etat n'a pas eu besoin de réguler cela de manière directive. Il est évident que si l'ensemble des compagnies se localisait dans des parties du canton identiques, cela poserait une problématique de rapidité d'intervention ; dans ce cas, le canton interviendrait.

M. Bron ajoute que l'idée est donc de créer deux bases de plus. Aucune des deux options évoquées par la présidente ne correspond à la réalité, dans la mesure où il s'agit d'un dialogue. Et celui-ci ne pose pas plus de problématique que cela. Il n'y a aucun intérêt pour une nouvelle base de s'implanter là où les concurrents répondent déjà à la demande. Il faut aller là où sont les besoins, donc le maillage se fait assez naturellement.

M. Poggia complète qu'un système de localisation GPS a été mis en place dans les ambulances, de sorte que celle la plus proche du lieu du besoin est appelée.

La présidente se demande donc si les recommandations de la Cour des comptes ont été suivies, puisque l'un de ses rapports critiquait la façon dont les centrales étaient en train d'ouvrir, de manière anarchique.

M. Poggia répond que la crainte de voir l'Etat venir imposer, de manière coercitive, des solutions a amené les partenaires à s'entendre et à trouver une solution entre eux. La Cour des comptes avait effectivement mis le doigt sur un problème, qui s'est finalement réglé de lui-même. S'il ne s'était pas réglé, le département aurait réagi.

Un député MCG pose une question concernant le personnel. Qu'est-il envisagé par le département pour que Genève puisse fournir le personnel nécessaire et d'éviter de le chercher ailleurs ?

M. Poggia répond qu'un groupe de travail est dédié à la question de la pénurie en personnel de soins. Il est question de personnel non universitaire, étant donné que les HUG et le CHUV forment suffisamment de médecins pour la Suisse romande. La problématique est de faire en sorte qu'ils se forment dans les spécialités dont l'Etat a besoin et qu'ils s'installent là où il a besoin d'eux. C'est sur ce point que des progrès sont encore à faire. Aujourd'hui, la seule chose à contrôler est que la personne ait 3 années post grades en Suisse, après quoi elle peut s'installer où elle veut dans le canton. Certaines parties de Suisse romande ont des besoins qui ne sont pas assumés. Un travail au niveau



fédéral est nécessaire pour valoriser la profession de médecin généraliste notamment. Ce travail est fait à Genève. Il n'y a pas lieu de parler de pénurie dans ce domaine, mais plutôt d'orientation et d'aiguillage. Concernant le personnel sanitaire, la CDS a publié, hier, le résultat d'un rapport duquel il résulte que, sur les dix prochaines années encore, le 60% des besoins au niveau suisse en personnel infirmier et aide-soignant sera couvert. Il faut savoir que depuis une dizaine d'années, l'assistance en soin et santé communautaire (ASSC) a vu le jour, concernant l'aide à domicile et l'accompagnement en EMS. Par ailleurs, l'Etat est confronté à un double phénomène : l'augmentation de la population et le vieillissement de celle-ci. Ce qui nécessite un accroissement des besoins de personnel soignant. Bien que l'Etat forme davantage (l'école d'infirmière a ouvert une nouvelle classe pour cette rentrée-ci), il souffre encore d'une carence, depuis des décennies. Notamment car la France forme ce type de personnel, qui préfère venir en Suisse. Donc, malheureusement, il résulte du rapport de la CDS que les besoins ne pourront pas être couverts à 100% ; d'ailleurs faut-il les couvrir dans leur ensemble ? C'est une question qui mérite réflexion. M. Poggia passe la parole à M. Bron, en attendant de trouver quelques chiffres sur l'augmentation du nombre de formations dans ces secteurs.

M. Bron confirme qu'effectivement le groupe interdépartemental se penche sur la question de la pénurie en personnel de soins, depuis 2011. Il a identifié 22 actions, qui sont suivies. Certaines sont quasiment abandonnées, d'autres fonctionnent très bien. L'une d'elles consiste à inclure les planifications régulières au rapport de planification sanitaire, avoir un monitoring de ces situations, pour savoir ce qui est « consommé » en termes de personnel de santé dans les institutions (personnes formées, personnes qui quittent leur emploi, etc.). Néanmoins la HEdS tend à augmenter considérablement (158 personnes sont entrées en 1<sup>re</sup> cette année). Un effort important est donc fait pour former ces 5 filières HES. Du côté des réseaux de soins, un gros effort est fait pour proposer des stages (à l'IMAD et aux HUG). Les HUG accueillent deux fois plus de stagiaires qu'ils le faisaient auparavant, ainsi que tous les élèves de la HEdS. Dans le domaine des informations, un centre sera ouvert d'ici la fin du mois afin d'orienter les jeunes et les mettre en contact avec des professionnels de la santé, pour qu'ils puissent se faire une idée de ce que représentent ces métiers. Mais également pour favoriser le retour à l'emploi et fiabiliser le personnel. De plus, un gros travail est effectué au sein des institutions, sur les panachages de compétences au sein des équipes, afin d'être le plus parcimonieux possible dans l'usage du personnel formé, pour qu'il y ait une bonne délégation des actes à ceux qui peuvent le faire. Ces réflexions-là sont donc en cours et portent peu à peu leur fruit. Le but, comme

l'a évoqué M. Poggia, n'est pas de couvrir 100% des besoins, ce qui serait illusoire à Genève. Mais, bien de diminuer la dépendance du RH extérieur à celles qui sont formées au sein du canton.

Un député MCG demande si l'idée d'avoir une structure de formation transfrontalière est toujours d'actualité.

M. Poggia répond que la question est en cours d'examen. Le but de cette structure est bien moindre que les ambitions qui étaient celles d'il y a quelques années. En effet, il était question de faire un tronc commun de formation. Or, aujourd'hui, le but est de faire en sorte que les professionnels de la santé puissent se parler dans une structure qui est la même, mais avec des troncs de formation distincts. Ceci s'explique par le fait qu'il n'y avait pas de branche qui pouvait être enseignée en commun. La décision prise jusqu'à maintenant est d'examiner la question, même si les Français aimeraient aller plus vite. Le département considère qu'avoir des structures d'enseignement coûtant moins cher qu'à Genève et donner une impulsion de dialogue dans le domaine de la santé, seraient une bonne chose. Mais ceci en est encore aux simples balbutiements. Par ailleurs, M. Poggia revient sur les chiffres qu'il souhaitait donner. Le dernier rapport sur les pénuries de personnel en soins et en accompagnement datait de 2009. Le 2<sup>e</sup> vient d'être reçu. Il examine la période de 2010 à 2014 et fait état d'une augmentation par rapport à 2010, en 2014, de 32% en moyenne dans la formation en Suisse du personnel en soins et accompagnement. La croissance la plus grande se situe dans la profession d'assistance en soins et santé communautaire (3'710 CFC délivrés en 2014, soit une augmentation de 45% par rapport à 2010). Il est prévu que ce chiffre augmente encore, car profession relativement nouvelle, qui semble intéresser les jeunes. Dans le domaine des sages-femmes, des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques, l'augmentation est de 48% (avec 1400 diplômes délivrés en 2014). Il y a donc une prise de conscience au niveau suisse de ces besoins et par conséquent une augmentation des ressources nécessaires dans ces domaines.

Un député PLR souhaite apporter plusieurs remarques. Premièrement, il se souvient que le département, lors de la présentation, avait insisté sur le fait que l'Etat portait son effort à éviter le recours à des structures chères. A contrario, y a-t-il un effort fait aussi pour diminuer le coût de ces structures chères (notamment des EMS, qui sont parmi les plus chers de Suisse)? Deuxièmement, le département a souhaité que les UATR soient remis dans les EMS, sachant qu'ils sont pleins (taux d'occupation entre 98%-99%): quelle stratégie va-t-il adopter pour garder les places dans les EMS pour les UATR? Accessoirement, que va devenir l'UATR de Villereuse dans cette stratégie? Troisièmement, M. Poggia ou M. Bron avait regretté de ne pas avoir de

moyens de contraindre les médecins de faire des visites à domicile. Or, il existe trois services à Genève qui s'occupent de cela : SOS Médecins, Genève Médecins, et Médecins et Urgences à domiciles. Le besoin est donc plus que couvert, ce qui entraîne des surcoûts. Enfin, à propos des contingents non sollicités par les cliniques, le département avait pris l'exemple des accouchements. Il faut garder en tête que les prix DRG appliqués dans ces situations sont extrêmement en dessous des prix pratiqués dans la médecine privée (LCA). On peut comprendre donc que certains médecins ne veuillent pas travailler au rabais. Un député PLR aimerait l'observation du département à ce sujet.

M. Bron souhaite répondre d'abord concernant les UATR. L'idée est évidemment d'avoir des chambres en plus, notamment pour des questions de transparences financières. Il n'y a plus de doutes sur ce que paie la subvention reçue par l'EMS en termes de besoins en soins. L'idée est de ne plus avoir de revenus annexes en plus de la subvention en fonction du taux d'occupation. Il est donc important de séparer ces lits et d'avoir un financement spécifique pour ces lits UATR. La stratégie est donc de remettre des lits en plus dans les EMS, avec la possibilité pour toute une population de faire des séjours temporaires. Maintenant, il est nécessaire de régler toutes les questions de transparence financière, de financement, de modalité d'accueil, de critères d'admission, et de monitoring. Cependant, il était difficile de développer ce projet, étant donné que le département ne connaissait pas encore le budget 2017. Désormais, il est mieux armé pour cela, puisqu'il a une certaine prévisibilité sur ce qui sera disponible pour l'année prochaine. Concernant l'UATR de Villereuse, c'est une fausse bonne idée d'imaginer tout mettre sur un seul site. Cela reste compliqué au niveau de l'exploitation du bâtiment (beaucoup de cages d'escalier, des ascenseurs anciens, etc.). A moyen terme, l'idée serait d'avoir deux structures plus petites (une rive gauche et une rive droite) pour pouvoir y transférer les capacités de Villereuse.

Un député PLR demande concrètement comment il est possible de rajouter des lits dans un EMS existant.

M. Poggia répond que certains locaux n'avaient pas d'affectation particulière, et sont donc transformés en chambre à cet effet. Concernant les EMS et les HUG, il est vrai que ce sont des structures chères, tout en sachant que le souhait de la population est de s'y rendre le plus tard possible. Il faut savoir que les coûts pour les EMS sont pris en charge pour 75% des personnes par la collectivité, puisqu'elles sont bénéficiaires de prestations complémentaires. C'est un prix calculé à la journée, qui fait l'objet d'un contrôle particulièrement serré de la part de la Direction générale de l'action sociale, depuis un certain nombre d'années. Les EMS sont donc forcés à faire

des économies. Le département espérait que les organisations faïtières puissent aussi contribuer à la recherche de gain d'efficacité et donc aussi d'économies. Malheureusement, ceux qui ont émis ces souhaits sont restés un peu sur leur faim ces dernières années, notamment au niveau de la FEGEMS et de l'AGEMS. M. Poggia rend attentif quant au taux d'encadrement. En effet, les EMS de Genève sont ceux dans lesquels on rentre le plus tard de Suisse : il s'agit des personnes plus âgées et en moins bonne santé qu'ailleurs en Suisse et qui exigent des encadrements plus importants (que les simples maisons de retraite d'autres cantons suisses alémaniques). Donc, la question du taux d'encadrement amène à réfléchir, puisqu'il est particulièrement généreux à Genève (1,3 ETP par patient). A-t-on besoin de personnel infirmier de nuit ou faut-il prévoir d'autres moyens d'intervention permettant d'alléger les coûts ? On se rend compte qu'il y a de moins en moins de prise en charge lourde dans un EMS. Dans les cas où une surveillance accrue du patient est nécessaire, les EMS délèguent souvent cela aux HUG. C'est pourquoi le département est en pleine réflexion pour alléger ce secteur. Concernant le coût des hôpitaux, un benchmark est imposé au niveau national par l'intermédiaire de H+. Les hôpitaux genevois ne sont pas plus chers qu'ailleurs. Néanmoins, il est vrai que la masse salariale coûte 10-15% de plus que dans le canton de Vaud par exemple. Ces différences ne sont pas à charge des assurés, mais c'est le canton qui la prend en charge. Chaque année, les hôpitaux universitaires négocient, avec les assureurs, un tarif du point SwissDRG. Ces dernières années, il était à la baisse. Cette année, il est à 10 500 F le point. A partir de l'année prochaine, il sera à 10 650 F. Ce tarif est uniforme sur l'arc lémanique. Un seul assureur ne l'a pas encore accepté, mais il y a bon espoir de le convaincre. Néanmoins, ce montant est inférieur au coût réel, qui est à plus de 11 000 F actuellement. La LAMal impose aux cantons de prendre en charge minimum 55% du tarif SwissDRG. Genève a choisi de prendre en charge 55% (45% étant à charge de la LAMal). Les hôpitaux genevois coûtent évidemment à la population, mais pas davantage que celles qui ont également des hôpitaux universitaires. Certains sont d'avis qu'il faut prévoir un tarif universitaire et un tarif non universitaire. C'est idée paraît un peu abstraite : comment différencier ce qui est universitaire de ce qui ne l'est pas ? La médecine universitaire est celle qui sert à la formation. Un médecin doit se former tant pour les opérations banales que pour les complexes. Il n'est pas possible de former uniquement pour les opérations complexes. Il est nécessaire de passer donc par la formation de base, afin d'acquérir l'expérience et c'est l'avis exprimé par Genève, mais également par l'ensemble des cinq hôpitaux universitaires suisses. M. Poggia est personnellement resté un peu choqué par les propos du préposé au contrôle des prix sur les coûts des hôpitaux soi-disant excessifs par rapport à la qualité de la prestation. Il est vrai que la maîtrise des coûts est une préoccupation.

D'ailleurs, en 2015, elle était parfaite à Genève (selon des articles de presse de M. Berset). En matière de médecine ambulatoire, malheureusement le pilotage des cantons est bien moindre qu'en matière hospitalière.

M. Bron prend la parole concernant la médecine à domicile. Il est vrai que trois entités proposent actuellement ces services. Cependant, il est nécessaire d'avoir une meilleure coordination pour le maintien à domicile, notamment avec l'IMAD. Cela ne suffit pas d'aller à domicile pour au final, prescrire une ordonnance qui propose au patient d'aller à l'hôpital ou de voir son médecin traitant. Il faut régler la situation et prendre ces habitudes en vue du maintien et de la prise en charge à domicile. Un projet est en cours avec l'unité de gériatrie communautaire, l'IMAD et Médecins Genève.

M. Poggia poursuit avec la question sur les tarifs SwissDRG négociés par les cliniques, sur base conventionnelle. Effectivement, dans le domaine de l'obstétrique, les cliniques ne sont pas intéressées à recevoir des contingents, parce que la rémunération serait insuffisante. En tant que telle, elle n'est pas insuffisante, mais la répartition de cette rémunération se fait d'une manière telle que certains acteurs ne sont pas disposés à entrer dans le système. Il s'agit, en effet, d'un montant X remis à la clinique, à charge pour elle de répartir cette somme avec l'anesthésiste, l'obstétricien, etc. Il est compréhensible qu'un anesthésiste estime insuffisant et refuse de venir pratiquer une péridurale en pleine nuit pour 90 F. Néanmoins, ce n'est pas l'assurance-maladie qui lui verse cette somme, mais la clinique dans le cadre de la répartition des coûts qui lui sont attribués, qui décide qu'elle ne veut/peut pas. A l'inverse, le canton a besoin d'un hôpital public fort, qui, lui, a une obligation d'admettre et qui ne peut pas décider que la rémunération de tel ou tel médecin ne serait pas suffisante pour poursuivre telle ou telle activité.

Un député PLR aimerait aborder quatre points. Premièrement, en **page 18 du RD 1133**, il est question d'un « financement forfaitaire des prestations, au lieu du financement des hôpitaux ». Donc on voit bien le risque de passer d'un budget global de l'hôpital à un financement à prestations, qui fait que le risque est d'avoir finalement une multiplication des actes. Comment procède le département, du point de vue de la planification, pour répondre aux exigences de la LAMal et en même temps avoir une vision d'ensemble et un budget global ? Deuxièmement, concernant les lits de réadaptation, les différentes typologies et projections jusqu'en 2019 sont listées dans le rapport. Il est indiqué qu'il y a un mandat de prestations avec la Clinique de La Lignière pour la réadaptation cardiovasculaire. Cependant, dans les différentes typologies de réadaptations, figure également la réadaptation pulmonaire ou respiratoire. Est-ce que les activités de réadaptation pulmonaire ont lieu sur Genève, si oui où ? A contrario, le canton envisage-t-il d'avoir des mandats de prestations

avec des cliniques d'autres cantons? Troisièmement, le député PLR souhaiterait avoir plus d'éléments concernant les filières universitaires, spécialisées et généralistes. Quatrièmement, l'ouverture du nouveau bâtiment des lits (BDL2) permettra, selon le rapport, une amélioration dans le processus de prise en charge des patients et des conditions de travail du personnel. Il ressort donc que l'ouverture de ce nouveau bâtiment des lits va permettre un gain d'efficacité, en d'autres termes il ne va pas justifier en tant que telle une augmentation des coûts d'exploitation des HUG. Le député PLR aimerait entendre le département à ce sujet.

M. Poggia répond tout d'abord sur la question de la méthode. Il est vrai que le subventionnement aux HUG représente 3 enveloppes, soit les missions d'intérêt général (soins, recherche et formation). Le calcul de l'enveloppe globale par rapport au nombre de prestations se fait par une multiplication, puis une addition des différents résultats de ces multiplications (par type d'intervention dans tel domaine sur les prochaines années). Ceci est ensuite multiplié par la valeur du point SwissDRG connu ou prévisible les prochaines années. A cela s'ajoute le nombre d'interventions dans tous les autres domaines pour arriver à un chiffre global. Au niveau de la planification, pour savoir si l'Etat peut répondre aux besoins avec les structures actuelles, les données démographiques passées sont utilisées pour faire une projection de l'avenir. Un regard en arrière permet de voir si la méthode du passé était bonne. Si c'est le cas, elle peut être reprise. Ensuite, des données nouvelles (vieillesse et augmentation de la population) sont ajoutées, comme le démontrait le tableau présenté par le département. Par conséquent, la réponse à la question de savoir comment réconcilier un raisonnement par cas pour le faire passer à une enveloppe globale est la suivante : l'enveloppe globale consiste à estimer combien il va falloir en termes financiers pour pouvoir répondre aux besoins de la population dans les différentes spécialités.

Un député PLR complète sa question. Il s'agit là de la planification hospitalière cantonale, ce qui implique que le secteur privé reste privé. Récemment, l'on a vu que le canton de Vaud allait proposer ou a proposé une réduction du taux de remboursement du prix, dès lors que les établissements allaient dépasser ce qui était prévu dans le cadre de la planification. La question du député PLR portait sur l'ensemble de la planification cantonale, pas uniquement des HUG.

M. Poggia ajoute que la planification genevoise prend en compte l'ensemble de ses partenaires disponibles, qui sont pour partie privés pour la médecine ambulatoire et stationnaire également. Les prestations qui viennent compléter l'offre du secteur public sont donc également prises en considération pour répondre aux besoins de la population. Lorsqu'un contingent est attribué

à une clinique privée, il est appliqué de manière plus souple, mais s'il est dépassé, il y a des pénalités.

M. Bron précise que le canton de Vaud a donné des mandats parfois limités. La question est de savoir comment l'on paie cela à partir du moment où le seuil prévu dans la planification est dépassé. La réponse est simple et peut paraître brutale, mais il y a un quota et il faut le respecter. Effectivement, une certaine souplesse est possible dans certains cas (état d'urgence, situation de la vie réelle). Mais, si le quota est dépassé, rien n'est remboursé. La proposition de planification pour les HUG se construit sur une base de départ, qui est la comptabilité analytique des HUG, qui détermine le coût du cas et le coût d'émission d'intérêt général. Tout cela donne une enveloppe globale, qui est négociée globalement avec le Conseil d'Etat. Le delta par rapport au résultat arithmétique de cette opération représente un gain d'efficience.

M. Poggia ajoute que le CHUV a connu une augmentation du subventionnement et est un service de l'Etat, contrairement aux HUG qui ont connu une croissance pratiquement de 2% par année. A Genève, c'est donc plutôt à l'inverse que les choses se font : l'Etat continue à demander aux HUG de faire des gains d'efficience. Il va de soi qu'à un moment donné, avec l'augmentation de la population, la psychiatrie chez les personnes âgées et les nouvelles pathologies, on ne peut demander aux HUG de faire toujours plus avec moins. Le point de rupture, question qui se pose dans tous les domaines budgétaires, nous le savons si nous l'avons atteint que postérieurement. Malheureusement, malgré tous les efforts, l'Etat n'a pas réussi à rester dans le budget. Jusqu'à maintenant le Conseil d'Etat a eu raison d'exiger ces efforts. La direction générale et le conseil d'administration des HUG comprennent parfaitement cela et vont dans le sens du Conseil d'Etat. Concernant la question sur la réadaptation pulmonaire, les cas lourds sont envoyés dans le canton de Vaud, à Morges. Effectivement, aujourd'hui, ce besoin-là n'est pas couvert sur le canton de Genève. Cela touche la question des hospitalisations hors canton : lorsque le canton n'a pas une prestation sur son territoire et qu'il considère préférable qu'une prestation soit délivrée hors canton, l'autorisation doit être donnée, au cas par cas. L'Etat est extrêmement regardant sur ce point, puisque lorsqu'un patient genevois se fait hospitaliser dans un autre canton, la facture est envoyée à l'Etat de Genève et non aux HUG. Pour l'instant, le delta est favorable pour Genève : plus de patients viennent à Genève pour se faire hospitaliser que l'inverse. Néanmoins, certains secteurs manquent et il est préférable que la personne se fasse suivre en dehors du canton. Pour exemple, dans le canton de Fribourg, ces coûts explosent, puisque beaucoup de patients sont traités hors canton. En ce qui concerne le BDL2 et ses conséquences sur les coûts, il est vrai que M. Poggia a entendu dire qu'il ne devrait pas coûter

plus et qu'il s'agissait simplement de transvaser des patients des chambres à 7 lits dans des chambres à 2 lits, avec le même nombre d'aides-soignants. Il se trouve qu'il va falloir s'occuper de BDL1 et faire progressivement le déplacement dans des chambres répondent au standard actuel. Il est évident que cela aura des conséquences au niveau du personnel nécessaire. Il ne va pas doubler, mais il ne faut pas non plus penser que l'on va prendre le personnel de BDL1 pour le mettre dans BDL2. Il serait absurde de laisser BDL1 à l'abandon. Le besoin en personnel est proportionnel à l'augmentation de la population.

Un député PLR précise sa question sur les filières. Ce sujet figure **en page 54** du rapport (dernier paragraphe). Il voulait avoir plus d'explications sur comment s'articulent ces différentes missions, en sachant que dans ce paragraphe sont inclus à la fois les cliniques privées et les HUG.

M. Bron répond que c'est le modèle de planification utilisé pour le suivi de la qualité dans les hôpitaux. Ce modèle propose un regroupement de prestations (39 catégories). Il distingue les catégories de prestations universitaires. Il s'agit donc d'une catégorisation des pôles.

Un député UDC est assez choqué d'entendre que des médecins, qui sortent de leur formation, rechignent à se rendre dans certains établissements ou institutions (comme Champ-Dollon). Il croyait qu'être médecin, c'est être au service de l'institution, avant de penser à son plan de carrière. Il soutient donc la démarche du département. Par ailleurs, concernant l'orientation des soins (vieillesse de la population lié à des pathologies), est-ce une vérité absolue qu'en vieillissant, chaque personne se retrouve en mauvaise santé ? Au lieu d'être fataliste, ne faudrait-il pas se renseigner sur les causes du vieillissement en mauvaise santé ? Il est primordial de se demander comment maintenir la population le plus longtemps en bonne santé, afin d'éviter l'apparition de maladies chroniques, en trouvant les causes. Et non pas uniquement en donnant des médicaments, qui ne font qu'aggraver les maladies.

Un député UDC aimerait que l'on revienne sur des bases naturelles. La santé est un immense business. Si l'on continue dans cette voie médicamenteuse, la population sera de plus en plus malade. A Genève, il existe l'Institut de santé globale ; le député UDC aimerait savoir ce qu'il fait et si le département travaille avec lui.

M. Poggia confirme que la santé dépend à 60% d'autres facteurs que les soins seuls. Raison pour laquelle, ils ont considéré travailler la question de manière interdépartementale.

M. Poggia poursuit. Privilégie-t-on une médecine de soins par rapport à la prévention ? Certainement pas. Préparer une planification n'est en aucun cas



la négation de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, qu'il faut mettre en place parallèlement. Cela est mis en place depuis plusieurs années avec une augmentation significative des moyens dans ce domaine. Le rapport stratégique de promotion et de prévention a déjà été présenté. L'année prochaine, suivra le plan d'action. Le député UDC a raison dans ses propos : le but n'est pas uniquement de soigner, mais d'éviter de soigner. Le département partage donc ce point de vue et considère qu'il faut mettre davantage de moyens dans la prévention. L'adage « il vaut mieux prévenir que guérir » prend tout son sens. Cependant, la prévention ne donne d'effets que dans un laps de temps limité. Il faut savoir investir aujourd'hui pour demain. Par exemple, inciter les enfants d'aujourd'hui à faire du sport pour pouvoir mourir en bonne santé. L'on ne pourra pas demander cela à une personne âgée. Concernant le plan de carrière d'un médecin, évidemment le but n'est pas de le former pour qu'il s'installe ailleurs. Ceci se fait rarement dans la pratique, puisqu'un médecin, fraîchement diplômé, a encore beaucoup à apprendre sur la pratique, comme c'est le cas également pour un licencié en droit. Maintenant, chacun est libre d'aller s'installer là où bon lui semble. Penser que c'est une profession totalement libérale, c'est un leurre, car un médecin vit principalement grâce à l'assurance-maladie. Donc, lorsque la collectivité rétribue une profession à ce point, elle est en droit quand même de demander en retour quelques concessions, qui aujourd'hui semblent insuffisantes. Concernant l'Institut de santé globale, le département collabore en lui donnant des mandats. Mais, il n'est pas un partenaire constant et régulier de la Direction générale de la santé.

M. Bron précise que l'Institut de santé globale de Genève fait de la recherche académique dans le domaine de la santé publique (questions épidémiologiques, etc.). Or, il n'y a pas toujours de liens entre la branche académique et les applications sur le terrain. Cet institut s'est apparenté à l'institut de Neuchâtel et à celui de Lausanne. Ensemble, ils arpentent le domaine de la recherche.

M. Poggia complète que ce sont des outils à la réflexion.

Un député S aimerait poser plusieurs questions, qui ont trait à la psychiatrie. Premièrement, il est beaucoup question des structures intermédiaires dans le rapport. Mais, que regroupe cette expression? Deuxièmement, il lui semble que cette planification, et surtout en psychiatrie, n'aborde jamais la question des structures privées. Troisièmement, l'on relève aussi, dans ce domaine, que les médecins psychiatres de ville sont peu collaborateurs, participent peu à la prise en charge et à l'accompagnement de personnes en situation de santé psychique défavorable. Quels sont les moyens envisagés pour les faire participer, sachant que Genève a le plus haut taux de

psychiatres au monde ? Quatrièmement, M. Poggia a indiqué que le taux d'encadrement dans les EMS était de 1,3 ETP. Ce chiffre inclut-il l'accompagnement, les soins et aussi les tâches ménagères (cuisine, ménage) ?

M<sup>me</sup> Cavallero répond sur cette question. Le taux d'encadrement comprend tout ce qui est lié au patient (aide-soignant, accompagnement pour ce qui est administratif, nettoyage de l'entourage du patient). Cela ne comprend pas la cuisine, mais la distribution du plateau-repas.

Un député S poursuit avec une cinquième question sur la psychiatrie pénitentiaire. Il aimerait connaître l'articulation de la distribution des responsabilités entre les professeurs Wolff et Giannakopoulos.

M. Poggia répond d'abord sur ce dernier point. Il s'agit de l'Unité hospitalière des psychiatries pénitentiaires (UHPP), qui est actuellement dans l'enceinte de Curabilis, et où sont hospitalisées des personnes sous mesures ; ou qui peuvent venir de Champ-Dollon ; ou encore placées dans le cadre civil par le Tribunal de protection de l'adulte (cas extrêmes). C'est donc un mélange de genres. A ce titre, une conférence de presse sur l'organisation de ce domaine sera donnée prochainement par M. Poggia et M. Maudet, dont le Grand Conseil aura la primeur. Etant précisé, qu'il n'y a pas d'excellente solution : les systèmes mis en place en Suisse présentent tous des avantages et des inconvénients. Il va falloir faire des arbitrages. En ce qui concerne les structures intermédiaires, actuellement il y a un Kaolin 1 et l'idée serait d'ouvrir un 2<sup>e</sup> l'année prochaine, au sein de Belle-Idée. Ces structures intermédiaires ont pour but de placer des patients, qui restent des années à Belle-Idée et pour lesquels il n'y a pas de pronostic de sortie à long terme. Cette structure comprendra du médical et aussi du socio-éducatif, pour envisager un avenir pour ces patients-là. 7 places sont envisagées à Kaolin 2. Pourquoi « intermédiaires » ? C'est dans l'attente et dans l'espoir qu'ils puissent sortir et aller dans des structures moins coercitives.

M. Bron conçoit que ce concept est générique et qu'il faille définir des projets. Dans le domaine du handicap mental, beaucoup de choses ont été faites. Maintenant, il faut également le faire dans le domaine du handicap psychique. Notamment, avoir des foyers de transition avec encadrement socio-éducatif afin que ces personnes n'aient pas besoin de rester à l'hôpital.

Un député S demande si ce genre de partenariat est aussi possible avec des structures privées, comme Trajet.

M. Bron n'a pas de réponse spécifique à donner, mais il ne verrait pas d'inconvénient à un partenariat.

M. Poggia relève tout de même qu'étant donné la lourdeur des cas potentiels à Kaolin 2, il n'est évidemment pas envisageable de confier cela à

des structures privées. Concernant les psychiatres de ville, effectivement, Genève est la ville la plus psychiatisée au monde. Ce qui en soit ne dérangerait pas, sauf que le nombre d'hospitalisations n'a pas baissé. Donc, les personnes suivies par ces psychiatres en grand nombre ne sont apparemment pas celles que l'on souhaiterait. C'est-à-dire des personnes qui sont envoyées à l'hôpital. Ce qui veut dire que ces psychiatres qui suivent ces patients, plutôt qu'un accompagnement plus proche, prescrivent l'hospitalisation, par facilité. Actuellement, une discussion prometteuse est en cours avec les psychiatres de ville. Parallèlement, l'Etat ne compte pas uniquement sur eux. En particulier, à Vernier, il y a un essai pilote avec des équipes mobiles mixtes (social et santé) pour intervenir dans des situations à domicile, afin d'éviter les hospitalisations.

M. Bron ajoute qu'il est très difficile de faire en sorte que la population médicale, qui peut s'installer librement, soit dans une certaine main tendue avec le service public pour régler un certain nombre de situations. La réponse, pour l'Etat, est de limiter autant que possible de doubler avec une offre publique, l'offre privée (ambulatoire et médicale). Maintenant, il est difficile de ne pas aller dans cette direction-là.

Un député S revient sur la situation fribourgeoise évoquée par M. Poggia (coûts importants relatifs aux hospitalisations hors canton). La LAMal prévoit que les cantons doivent coordonner leur planification hospitalière. Est-ce que cela se fait en pratique et dans quel cadre ? Etant donné que Genève est un canton transfrontalier, une planification avec la France peut-elle se faire ?

M. Poggia répond que la LAMal prévoit effectivement cela, depuis 2012. Il était prévu qu'à partir de 2015, la planification soit élaborée et basée sur un raisonnement reproductible. Dans cette planification, il y a effectivement une obligation de regarder ce qu'il se passe dans les autres cantons. Genève a quand même une configuration particulière, raison pour laquelle la planification prévoit certains établissements privés vaudois.

M. Bron complète que depuis 4 ans, Genève cherche encore un mode d'emploi, concernant cette obligation de la LAMal. L'OFSP va venir avec une modification de l'OAMal et notamment des critères de planification, ce qui permettra peut-être d'en savoir plus.

M. Poggia explique que l'on comprend de cette obligation qu'il s'agit de ne pas travailler seul dans son coin, ni de créer des structures nouvelles cantonales s'il y en a à proximité. Genève, compte tenu de sa configuration et de son petit territoire, offre une palette de prestations telle que les vides ne sont pas nombreux à combler. Par contre, dans d'autres cantons, on peut imaginer faire des accords avec les cantons voisins plutôt que de construire un nouvel hôpital. Certaines cliniques vaudoises et genevoises font une certaine

interprétation du fait que si elles sont sur la liste de planification dans un pôle de spécificité d'un canton, elles doivent recevoir, à charge de l'autre canton, l'ensemble des patients dans son établissement, qui peuvent provenir de l'autre canton. Aujourd'hui, on est encore dans une incertitude quant aux limites tracées à la liberté cantonale de planifier et inversement à la liberté du patient d'aller où il veut. Genève ne ressent pas un grand besoin de devoir donner des contingents à l'extérieur de ses frontières. D'autant que cela viendrait en augmentation de la facture.

Un député S pensait, à l'inverse, attirer de la patientèle à Genève.

M. Poggia répond que le canton est obligé de participer, en cas d'hospitalisation hors canton, qu'à concurrence de ce qu'il verserait si la personne était hospitalisée dans le canton. Genève ayant un tarif plus élevé que le canton de Vaud ; le canton de Vaud ne participe qu'à concurrence de ce qu'il participerait par rapport à son point DRG. Donc, le patient vaudois venant aux HUG devrait verser la différence de sa poche. Par conséquent, grâce au tarif unique, cela veut dire que les patients vaudois (à Nyon) pourraient avoir intérêt de venir à Genève plutôt qu'au CHUV. Encore faut-il que la patientèle genevoise ne se retrouve pas pénalisée dans certains pôles, avec un délai d'attente plus long.

M. Bron précise que les cantons romands sont soucieux de cette injonction de la LAMal. La Conférence latine a donné un mandat à l'Observatoire valaisan de la santé pour étudier tous les flux inter cantonaux d'hospitalisation, pour voir où le nombre est plus important.

M. Poggia poursuit concernant une planification avec la France. Elle est compliquée, car les décisions se prennent à Paris. Tout est lié au financement des soins, puisque la France a la sécurité sociale et la Suisse la LAMal, avec le principe selon lequel le travailleur est assuré là où il travaille. Donc, un frontalier est assuré à la LAMal s'il ne fait pas le choix de la sécurité sociale. Ceux qui sont donc assurés en Suisse peuvent venir s'y faire soigner. Par ailleurs, la France a décidé récemment que toutes les personnes ayant une assurance privée française seraient orientées vers la sécurité sociale. Genève a donc perdu passablement de patients. De plus, la France est dans une tendance de renforcement de son dispositif hospitalier de l'autre côté de la frontière (département de l'Ain). Certains doivent aller jusqu'à Grenoble pour s'y faire hospitaliser. La France n'étant pas prête de prendre en charge de manière négociée la mise en place de réponses à leur préoccupation au sein des HUG. La collaboration est donc difficile.

Un député UDC se demande s'il est raisonnable, concernant le coût engendré de BDL1 à BDL2, que la Commission de la santé se prononce sur ce

rapport, qui spécifie, à la **page 37**, que l'efficacité sera augmentée. Le député UDC a un souci avec cette expression, car il a compris l'inverse. Il ne veut pas que le lecteur ait une fausse impression.

M. Poggia répond que concernant la rentabilité des surfaces commerciales, les sommes qu'espèrent retirer les HUG de la collaboration avec Pharma Genève ne sont pas là pour compenser les frais de fonctionnement, qui n'ont rien à voir ; le but étant d'offrir une qualité de prestation supplémentaire à la population. Sur la notion d'efficacité, c'est à la fois un mélange d'efficacité et de qualité, c'est un terme à la mode. Le but n'est pas simplement d'améliorer la qualité hôtelière du patient, mais l'ensemble des installations mises à disposition (de la salle d'opération jusqu'aux soins en chambre, à la disposition des chambres, à la présence infirmière, etc.). Il y a véritablement un plus en termes de qualité de la prestation médicale. Bien sûr que cette efficacité a un coût et l'on ne va pas simplement considérer cela comme un résultat du nombre de personnes.

M. Bron précise que l'occurrence du mot « efficacité » fait référence au précédent rapport. Par ailleurs, ce n'est pas du tout contradictoire.

Un député UDC comprend que les termes « qualité » et « efficacité » sont fusionnés. Selon lui, il y a aussi une notion de rentabilité, qui pourrait être envisageable au départ du projet. Maintenant, il faudrait au moins que le rapport spécifie cette augmentation de qualité concerne le bien-être du patient et non la rentabilité. Ce terme porte à confusion.

M. Poggia réplique que l'efficacité n'est pas l'économicité, mais un meilleur rapport qualité-prix.

La présidente passe aux demandes d'audition. Au préalable, elle rappelle que M. Andenmatten et M<sup>me</sup> Falco des syndicats SIT et SSP ont demandé à être auditionnés. La Commission présentait un désaccord à ce sujet lors de la dernière séance. M. BATOU avait donc repris cette demande à son compte.

Un député S trouve dommage de ne pas auditionner des personnes, considérées comme partenaires, alors qu'elles pourraient favoriser l'échange.

La présidente met aux voix cette proposition d'audition.

Pour : 7 (1 EAG, 2 S, 1 PLR, 2 UDC, 1 Ve)

Contre : –

Abstentions : 6 (3 PLR, 3 MCG)

*L'audition des syndicats SIT et SSP est donc acceptée.*

Un député PLR propose d'auditionner l'Association des cliniques privées de Genève (ACPG).

La présidente confirme que l'association sera également entendue lors de deux autres projets. Les auditions pourront donc être regroupées.

Un député S estime que la question de la planification sanitaire prendra beaucoup de temps et qu'il faut donc entendre l'ACPG exclusivement sur cette question.

La présidente est d'accord et met aux voix la proposition d'auditionner l'ACPG.

Pour : 12 (1 EAG, 2 S, 4 PLR, 2 UDC, 2 MCG, 1 Ve)

Contre : –

Abstention : 1 (1 MCG)

*L'audition de l'ACPG est donc acceptée.*

Un député PLR propose également d'auditionner les représentants des groupements concernés par la planification, notamment la FEGEMS et/ou l'AGEMS.

La présidente met aux voix cette proposition.

Pour : 12 (1 EAG, 2 S, 4 PLR, 2 UDC, 2 MCG, 1 Ve)

Contre : –

Abstention : 1 (1 MCG)

*L'audition des représentants de la FEGEMS et/ou de l'AGEMS est acceptée.*

Un député PLR se demande aussi si l'avis de l'Association des Médecins du canton de Genève (AMG) ne serait pas intéressant.

La présidente soumet cette proposition au vote.

*L'audition de l'AMG est acceptée à l'unanimité des membres présents.*

Un député UDC aimerait connaître l'avis de l'Institut de santé globale, concernant l'orientation des soins, ainsi que celui d'un représentant du domaine de la santé mentale (par exemple, le professeur Aubry).

La présidente met aux voix cette première proposition.

Pour : 6 (1 EAG, 1 S, 1 PLR, 2 UDC, 1 Ve)

Contre : –

Abstentions : 7 (1 S, 3 PLR, 3 MCG)

*L'audition de l'Institut de santé globale est acceptée.*

La présidente met aux voix la seconde proposition.

Pour : **12** (1 EAG, 2 S, 3 PLR, 2 UDC, 3 MCG, 1 Ve)

Contre : –

Abstention : **1** (1 PLR)

*L'audition du professeur Aubry (domaine de la santé mentale) est acceptée.*

Un député MCG propose d'auditionner l'IMAD.

*L'audition de l'IMAD est acceptée à l'unanimité des membres présents.*

Une députée PLR propose d'auditionner le directeur des HUG.

*L'audition du directeur des HUG est acceptée à l'unanimité des membres présents.*

Un député UDC propose d'entendre les présidents de l'API et de Pharma Genève.

La présidente met aux voix cette proposition.

Pour : **2** (2 UDC)

Contre : **5** (1 EAG, 3 MCG, 1 PLR)

Abstentions : **6** (2 S, 1 Ve, 3 PLR)

*L'audition de l'API et de Pharma Genève est donc refusée.*

## **Séance du vendredi 13 janvier 2017**

*Présidence : Sarah Klopmann*

*Assistent :*

- *M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat DEAS*
- *M. Adrien Bron, directeur général DGS*
- *M<sup>me</sup> Sabrina Cavallero, dir. planification et réseau de soins, DGS*
- *M. Müller, chef de la planification, DGS*

*Procès-verbaliste : M. Sylvain Maechler*

Un député PLR indique que le groupe PLR est prêt à faire une déclaration avant le vote final. Il ajoute que les discussions ont été épuisées et espère pouvoir voter ce soir sur ces deux objets.

La présidente indique que puisque personne n'a demandé une nouvelle audition, la commission peut débiter les déclarations finales des différents groupes.

Un député PLR indique que le groupe PLR va accepter le rapport du Conseil d'Etat sur la situation en psychiatrie. Il ajoute que ce rapport était parti d'un conflit lié à la perception du personnel qui faisait face à des réductions de lits imposées pour des questions d'économies. Mais il précise que le rapport du Conseil d'Etat montre bien qu'il s'agit de penser la psychiatrie autrement qu'en hospitalisant le plus possible, et en développant la psychiatrie en réseau, aussi bien en pré-hospitalier que dans les objectifs de sortie après la gestion d'une période de crise la plus courte possible en milieu hospitalier. Il précise que cela suppose de penser à une grande diversification des structures communautaires en partie publiques et privées, avec une collaboration avec les psychiatres privés. Il répète que le groupe PLR acceptera ce rapport en l'état, qui est d'ailleurs en partie repris dans le rapport sur la planification sanitaire. Il indique que le groupe PLR ne votera cependant pas ce rapport sur la planification sanitaire mais qu'il s'abstiendra. Il explique qu'il ne s'y oppose pas, car le rapport donne des informations pertinentes et utiles s'agissant d'une vision quantitative, mais que ce rapport est un peu trop un arrêt sur image. Concernant le vieillissement de la population, il estime que la question des proches aidants n'est pas suffisamment mise en avant. Il indique que c'est quelque chose d'important qui mériterait dans une optique de planification d'être mieux pris en considération. Puis il explique que le groupe PLR regrette qu'il y ait une relative déconnexion entre la partie dépistage-prévention et la partie planification. Il indique que les programmes de dépistage qui existent à Genève sont bons, mais qu'il semble que les priorités des dépistages sont trop prises en fonction d'éléments politiques. Il indique qu'il faudrait avoir un registre des dépistages qui permettrait de faire des priorités basées sur des preuves et des données probantes. Il explique, concernant le dépistage des maladies psychiatriques et de la dépression chez les adolescents et les femmes enceintes, qu'il y a probablement une meilleure manière de développer le dépistage dans ce domaine car c'est quelque chose qui n'est pas suffisamment mis en avant. Il explique que Genève est bien équipé en termes de structures, et donc qu'il ne s'agit pas de créer les choses mais de les organiser et de les piloter différemment. Il indique que le rapport de planification sanitaire est trop basé sur la projection de données démographiques et pas suffisamment sur des anticipations que pourraient amener de nouvelles technologies médicales déjà connues. Il regrette que le rapport n'ait pas fait l'objet d'un travail plus approfondi avec le milieu académique. Il explique qu'il y a des innovations de rupture qui font qu'à un moment donné les choses se font autrement, que cela



change les perspectives de prise en charge des patients et que cela change les perspectives en termes de mortalité. Il ajoute que c'est une planification qui est très orientée sur les structures des soins et pas suffisamment sur les états de santé. Il ajoute que le rapport factuel existe mais qu'il n'y a pas réellement de pilotage du système en termes d'instruments de pilotage ou d'indicateurs. Il estime qu'il faudrait inviter le département à réfléchir à la mise en place d'un Observatoire sanitaire à Genève.

Un député S indique que le groupe PS va accepter le rapport. Le rapport est bien formulé et bien fourni et ils n'ont pas de critique particulière à faire. Il relève qu'au niveau de la psychiatrie rien n'est fondamentalement résolu, que le système est toujours extrêmement mouvant et qu'un certain nombre de sujets concernant par exemple les structures intermédiaires ou le travail avec les structures actives dans le domaine du privé ne sont pas assez relevés voir pas du tout mentionnés. Il lui semble que le chantier reste ouvert au niveau de la psychiatrie. Il ajoute les explications du professeur Aubry ont montré les contradictions dans ce domaine. Il précise que globalement il y a une solution de facilité qui apparaît dans cette planification, à savoir le renvoi sur le maintien à domicile. Il pense que cela semble être des hypothèses osées dans la mesure où l'IMAD n'a pas les moyens malgré le million supplémentaire reçus pour faire face à cela. Il ajoute que le PS regrette le peu de définitions données à ces structures intermédiaires qui devraient être créées. Il relève l'absence de timing clair pour l'ouverture de places. Il précise qu'il est possible de se raccrocher sur les proches aidants où il y a beaucoup de déclarations d'intention mais peu de choses concrètes faites par rapport à cette perspective.

Un député S indique que les cliniques privées ont informé la commission sur leur position et le rôle qu'elles entendent pouvoir mener dans ce secteur économique d'intérêt public. Il ajoute que le groupe PS est préoccupé par ce forcing des cliniques privées. Il indique que cette problématique pourrait menacer des aspects essentiels sur la gestion du service public de la santé comme le contrôle démocratique. Il explique qu'il y a aussi la dimension de dumping salarial qui menace les personnes qui œuvrent dans ce secteur. Il ajoute qu'il a été expliqué qu'il n'y avait pas de dumping mais il précise concernant l'échelle de salaire, qu'à unité zéro il n'y a aucun salaire qui dépasse les 5'000 francs. Il y a donc une menace de dumping clair pour un secteur qui emploie des milliers de personnes. Il est favorable à la maîtrise des coûts pour pouvoir développer un maximum de prestations pour la population, mais pas avec les méthodes utilisées par un certain nombre de ces cliniques.

Un député PDC indique que le groupe PDC va voter contre ce rapport car la planification n'a pas tenu assez compte de tous les intervenants, privés et publics. Il précise que le souci est une explosion de l'offre médicale qui va

entraîner une augmentation des coûts de la santé. Il ajoute qu'avec une réflexion sur la planification sanitaire il serait possible déléguer certaines tâches à certains intervenants. Il indique que la médecine privée n'est pas une médecine qui va absolument vouloir faire des profits. Il pense que l'implication de tous les intervenants est importante mais que cela n'est pas assez mis en avant dans ce rapport. Il pense qu'il faut proposer des instruments de subsidiarité, savoir qui fait quoi pour éviter que tout le monde fasse la même chose et achète plusieurs fois le même équipement. Il remarque qu'un effort a été fait sur l'oncologie ambulatoire avec un accord entre l'Hôpital de la Tour et l'Hôpital cantonal. Il pense que le travail réalisé est utile mais il estime qu'il faut changer la vision du fonctionnement de la santé dans le canton et que le rapport n'en parle pas.

Un député UDC indique que le groupe UDC reconnaît un énorme travail de la part du Conseil d'Etat mais votera contre ce rapport et prendra un rapport de minorité. Il précise que même si le rapport présente un projet idéal il est trop loin de la réalité du terrain. Il indique qu'ils ont des difficultés avec les décisions prises au niveau de la direction de l'Hôpital cantonal, où la décision du directeur a été de se priver des compétences de deux professeurs. Il estime que les synergies mises en place entre les cliniques privées et les HUG au travers de l'action du 144 ne sont pas optimisées. Il ajoute que le groupe UDC reconnaît le travail du Conseil d'Etat mais que ce projet est trop éloigné du point de départ pour qu'il ait une chance d'aboutir.

Une députée EAG indique qu'elle n'a pas de raison de s'opposer à un tel rapport. Elle précise que les informations sont importantes pour se faire une idée du cadre dans lequel la politique se développe. Mais elle précise que du point de vue des associations syndicales qui sont venues témoigner de la situation du personnel, il ne semble pas possible de voter oui au rapport. Le groupe EAG souhaite manifester son soutien au personnel en s'abstenant sur le rapport. Elle précise que le soin à domicile est particulièrement visé. Elle indique que les conditions de travail se sont péjorées et que cela n'est jamais pris en compte dans les éléments donnés dans le rapport. Elle ajoute que dans le secteur sanitaire qui est un secteur de besoin important, les mesures d'austérité sont les mêmes que dans les autres secteurs.

Un député MCG indique que le rapport est complet et que les idées ne sont pas virtuelles. Il pense que la réalité de terrain est prise en compte dans ce rapport et que l'exercice doit être mené sur la base de données réalistes. Il indique que la démographie est la seule réelle actuellement. Il est étonné que le PDC critique le département de la santé en permanence, alors que quand un PDC était à sa tête cela n'était pas le cas. Il ajoute que le PLR refuse systématiquement les crédits pour la prévention des proches aidants, et se

plaint de cela dans le cadre de ce rapport. Il demande au PLR de voter les crédits pour aller de l'avant.

Un député PDC indique que la planification sanitaire n'est pas la gestion du département de la santé. Il rappelle que le PDC a voté le budget et les comptes du département de la santé et n'a jamais fait d'opposition sur la gestion du département qui est bonne. Il précise que le groupe PDC souhaite exprimer que la planification sanitaire ne tient pas assez compte des acteurs privés et des offres faites actuellement, et qu'il n'y a pas assez de collaboration et de subsidiarité.

Un député UDC indique que les maladies chroniques augmentent en permanence. Il précise que le rapport est fataliste. Il pense qu'il faut trouver des solutions innovantes qui permettent d'améliorer l'état de santé de la population. Il estime que la médecine n'est pas capable de le faire mais uniquement de maintenir la population en vie. Il propose que l'on élargisse la prévention pour traiter la santé de manière plus globale. Il propose de développer un Observatoire de la santé, notamment pour faire le bilan des besoins et des meilleures pratiques.

La présidente indique qu'elle pensait s'abstenir mais qu'elle va s'y opposer pour faire un rapport de minorité. Elle pense que le rapport n'a pas une vision globale de la santé et surtout des solutions qui pourraient permettre de garder ou de retrouver la santé. Il n'y a aucune remise en question au niveau de la politique de santé globale des dogmes homéopathiques. Elle regrette qu'il n'y ait aucune réflexion sur une inclusion des médecines alternatives. Dans la psychiatrie elle regrette qu'il ne soit pas pris en compte la psychiatrie sous ses différents aspects, notamment concernant la psychiatrie en milieu carcéral. Elle regrette que l'on médicalise beaucoup les soins psychiatriques et que l'on empêche le volet social, en prison mais aussi dans toute la population et surtout dans la population âgée. Elle ajoute que les personnes de l'IMAD se retrouvent confrontées avec des personnes qui ont des problèmes psychiatriques et psychiques. Elle pense qu'il faut réfléchir à gérer l'aspect psychiatrique pas seulement au niveau de l'IMAD mais aussi en EMS. Elle aimerait que l'on permette en EMS à d'autres corps de métier notamment plus sociaux de travailler, ou de pouvoir interagir avec de la médecine alternative. Elle ajoute que beaucoup d'argent est perdu dans les frais de déplacement concernant les antennes de l'IMAD et qu'il faut réfléchir au positionnement des antennes de l'IMAD pour gagner du temps. Concernant la question des centrales d'ambulances, elle aimerait une vraie planification pour que cela soit pratique et rapide pour les soins d'urgence. Elle précise qu'il ne faut pas que ces antennes soient placées là ou un acteur privé décide de s'installer. Elle indique que le personnel de santé est sous pression et fait un énorme travail qui n'est

pas assez reconnu. Elle ajoute que le rapport oublie de parler de la santé des personnes qui travaillent dans les soins. Elle pense que l'Etat a une responsabilité en termes de santé des travailleurs et travailleuses et qu'un énorme travail est à faire. Concernant la pénurie, elle pense qu'il faudrait diversifier les métiers car cela ferait plus de gens pour faire des tâches. Elle ajoute qu'il ne faut pas mettre de l'administratif partout car les gens ne font plus leur métier. Elle indique que ce rapport ne dit pas où sont les moyens. Elle estime finalement qu'il y a un problème dans le nom des rapports, car il y a d'un côté le plan de prévention et promotion de la santé et de l'autre la planification sanitaire qui en fait est le plan des soins pour des gens déjà malades. Elle pense que cela serait bien d'avoir une planification sanitaire qui a deux plans : le plan de prévention et promotion et le plan des soins pour les gens déjà malades. Elle est d'accord avec l'idée de faire un Observatoire de la santé. Elle pense qu'il est possible de donner mandat à l'Institut de santé globale.

M. Poggia indique que certaines critiques dénotent une méconnaissance du contenu du rapport. Ce rapport est le résultat d'un travail lourd et approfondi, fait par les équipes de la direction générale de la santé mais aussi par l'ensemble des acteurs du réseau. Il indique que ce travail est unique en Suisse. Il ajoute que les frustrations sont compréhensibles mais qu'elles ne doivent pas amener à s'opposer au rapport. Il estime qu'il y a aussi une méconnaissance du sens d'un rapport de planification sanitaire, à savoir que cela n'est pas une loi de financement. La directive donnée aux auteurs était de ne pas se faire une autocensure du financement. Il explique qu'il a précisément demandé que l'on ne se limite pas en fonction de probabilités ou des risques d'obtenir le financement voulu pour être le plus objectif possible sur les besoins. Ils se sont précisément référés à la précédente période de planification pour pouvoir faire une comparaison entre la réalité des chiffres que l'histoire récente a donné et les prévisions faites dans le précédent rapport. Ils se sont rendu compte que les méthodes d'analyse avaient démontré leur réalisme, donc ils ont repris ces méthodes. Il indique concernant les progrès technologiques qu'ils doivent établir la planification en fonction de données réalistes. Il pense qu'il serait faux de minimiser les besoins dans certains secteurs en pensant qu'il y aura peut-être des alternatives dans plusieurs années. Il indique que le groupe PLR et le groupe UDC ont insisté sur la prévention et promotion de la santé. Il ajoute que la prévention et promotion de la santé devrait davantage être mise en avant, mais que ce sont les mêmes partis qui s'opposent à tous les crédits supplémentaires dans ce domaine. Il rappelle que la prévention et promotion font partie d'un autre rapport dans lequel le département insiste sur la nécessité d'investir les moyens nécessaires dans ce domaine. Il indique qu'il a été

difficile de lancer une campagne de dépistage du cancer du côlon. Cela a été possible grâce aux moyens propres de la Fondation de dépistage du cancer du sein, qui va s'appeler la Fondation du dépistage du cancer. Il indique que cette campagne va sauver des vies. Il rappelle que les moyens nécessaires pour réduire les coûts d'une journée dans une unité d'accueil temporaire de répit ont été refusés. Il ajoute que la médecine est celle que l'on connaît aujourd'hui et qu'il n'est pas possible de faire une planification des effets positifs des médecines alternatives ou de l'homéopathie même s'ils ne négligent aucune médecine. Il indique que celui qui va vers une médecine alternative est quelqu'un qui sinon irait vers la médecine traditionnelle avec un coût supérieur. Mais ils ne peuvent pas faire une planification de la médecine chinoise par exemple. Concernant la psychiatrie, il indique que l'hospitalisation n'est pas la seule solution du rapport. Il ajoute que jamais dans le domaine de la prise en charge psychosociale pour les personnes handicapées autant n'a été fait que durant les deux dernières années, même s'il faudrait toujours en faire plus. Il précise que les projets alternatifs existent pour éviter l'hospitalisation. Il explique qu'ils ont installé une antenne socio-éducative sur le site de Bel-Idée. Il indique que grâce aussi à la réunification dans le département du social et de la santé il a été possible de mettre en place cette antenne. Ils ont renforcé l'équipe mobile d'intervention pour intervenir dans les lieux de résidence des personnes concernées plutôt que de les hospitaliser à Bel-Idée. Il ajoute qu'ils ont aussi favorisé l'ouverture de studios pour personnes atteintes de troubles mentaux légers qui doivent pouvoir vivre de manière indépendante mais avec un encadrement. Il estime qu'il ne faut donc pas dire que le département est inactif, qu'il a une vision rétrograde et stationnaire de ce qui se fait dans le domaine de la psychiatrie car c'est exactement le contraire qui se fait. Concernant la psychiatrie chez les adolescents, il indique que c'est quelque chose d'important et que le département finance une association active dans ce domaine, à savoir Stop Suicide. Il indique qu'il faut que les adolescents qui ont des problèmes puissent s'ouvrir et qu'ils ne le font qu'avec des personnes qui peuvent les comprendre, et que c'est le cas de Stop Suicide. Il ajoute qu'il y a déjà des travailleurs sociaux dans les EMS et que les personnes qui ont des troubles psychiatriques légers sont aussi à domicile. Il explique que les personnes qui sont avec des troubles psychiques en EMS avec des dérogations d'âge pour entrer avant 65 ans sont des personnes qui n'ont pas des troubles lourds, faute de quoi elles ne vont pas dans des EMS car elles ont besoin d'un encadrement. Il explique que dans le domaine psychique, mental et du handicap les réponses doivent être individualisées. Il indique que l'on ne donne pas la même réponse à un trouble psychique qu'à un trouble mental, et que les institutions dans ce domaine sont des partenaires centraux pour pouvoir y répondre mais qu'elles

ne sont pas interchangeables. Il explique que certains n'ont besoin que d'un atelier, et que d'autres ont besoin aussi d'un hébergement, et que des réponses sont aussi faites au niveau social. Il indique qu'une personne qui a des troubles psychiques qui exigent un encadrement social et qui n'en obtient pas un peut faire une décompensation, être hospitalisée et occuper des lits qui devraient être occupés par d'autres. Concernant la régulation des équipements lourds, il rappelle que le canton de Vaud a essayé de le faire sans résultat. Il explique qu'entre le moment de l'annonce de la régulation et le moment de l'adoption par le parlement tout le monde se suréquipe et achète par anticipation ce qu'il pourrait avoir besoin, ce qui donne le résultat inverse de celui recherché. Il pense qu'il faut travailler en collaboration. Il donne l'exemple d'une collaboration fructueuse avec l'Hôpital de la Tour dans le domaine de l'oncologie. Il indique que dès le départ l'hôpital de la Tour est venu discuter avec les HUG sans vouloir tirer la couverture à lui. Il ajoute que pour le cancer du sein les HUG ont fait un partenariat avec l'Hôpital de Nyon. Il explique qu'il y a véritablement des collaborations qui doivent se faire et qui se font, avec des partenaires animés d'un esprit de partenariat. Concernant le 144, il indique qu'une loi sur l'aide sanitaire d'urgence est sous toit, qu'elle doit être adoptée par le Conseil d'Etat et qu'elle sera soumise au parlement. Il trouve dommage que les commissaires adoptent une position politique, qui va se faire ressentir par la population comme un signe de défiance par rapport à la politique menée par le département, qui est une politique censée et intelligente. Le département cherche pour chaque problème la solution la plus adaptée. Il demande donc aux commissaires de soutenir ce rapport qui est d'excellente qualité et unique en Suisse. Il aimerait avoir devant lui des partenaires à la réflexion et estime que refuser ce rapport est un mauvais message donné à la population.

La présidente indique que tout le monde a salué le travail intéressant de ce rapport mais que ce sont les visions qui sont divergentes. Elle précise que le rapport de minorité est le seul moyen d'exprimer cette divergence.

### **La présidente met aux voix le RD 1133.**

**Acceptent de prendre acte : 6 (3 S, 3 MCG)**

**Refusent de prendre acte : 4 (1 Ve, 1 PDC, 2 UDC)**

**Abstentions : 5 (1 EAG, 4 PLR)**

**La prise d'acte du RD 1133 est acceptée.**

## La présidente met aux voix le P 1854-C.

**Acceptent de prendre acte : 11** (3 S, 1 PDC, 4 PLR, 3 MCG)

**Refuse de prendre acte : –**

**Abstentions : 4** (1 EAG, 1 Ve, 2 UDC)

**La prise d'acte du P 1854-C est acceptée.**

## Conclusion

A l'issue des débats de la commission de la santé, la majorité recommande d'adopter le rapport de planification sanitaire 2016-2019 sur la base des arguments suivants :

- Le rapport de planification sanitaire propose des orientations dans cinq domaines de soins : les soins hospitaliers (soins aigus, réadaptation et gériatrie, psychiatrie), les soins médico-sociaux (établissements médico-sociaux, soins et aide à domicile, structures intermédiaires), les soins préhospitaliers (transports sanitaires urgents), la médecine ambulatoire et les besoins en professionnels de santé.
- Le rapport présente un inventaire complet des futurs besoins en soins basé sur les dernières données disponibles en termes d'évolution de la population. Il est le résultat d'un travail approfondi de la direction générale de la santé et de l'ensemble des acteurs du réseau.
- Une attention particulière a été portée à l'analyse des besoins en psychiatrie et en soins non aigus. Les conclusions du rapport de planification sanitaire concernant la psychiatrie ont par ailleurs été reprises dans le Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte (P 1854-C). Ce rapport a été accepté par une large majorité de la commission de la santé.
- Le rapport de planification sanitaire contient également la planification des besoins en personnel de santé conformément à ce que préconise le plan cantonal de lutte contre la pénurie des professionnels de santé.
- Il concrétise les planifications hospitalière et médico-sociale demandées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

La majorité se plaît à relever que le canton de Genève est le seul canton à avoir produit un rapport de planification sanitaire aussi complet, dont la qualité et l'exhaustivité sont largement reconnues et dont la rédaction a impliqué l'ensemble des acteurs du réseau. Malgré cela, la minorité a mis en évidence les critiques suivantes :

- La planification sanitaire est centrée sur les connaissances médicales dites « classiques » et n'inclut pas le recours aux méthodes dites « alternatives », telles que l'homéopathie ou la médecine chinoise.
- Les aspects de prévention et de dépistage ne sont pas suffisamment pris en compte, et semblent être déconnectés de la planification.
- La péjoration des conditions de travail d'une partie du personnel de santé n'est pas évoquée.

Ces arguments concernent des sujets certes d'importance, mais dépassant toutefois le cadre de ce qui est attendu d'un rapport de planification sanitaire et semblent dès lors hors sujet. La promotion de la santé et la prévention des maladies font par ailleurs l'objet d'un rapport distinct du Conseil d'Etat de sorte que ce thème n'a pas à être abordé dans le présent document. Ces éléments ne sauraient donc remettre en question sa qualité, ni sa pertinence et encore moins son utilité publique. C'est pour cette raison que la majorité recommande que le rapport soit adopté en l'état.



*Date de dépôt : 6 mars 2017*

## RAPPORT DE LA PREMIÈRE MINORITÉ

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

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Le PDC va voter contre ce RD simplement parce qu'il n'intègre pas assez tous les acteurs de la santé qui travaillent sur le canton de Genève.

Ce rapport est le résultat d'une vision centrée sur l'Etat, centralisatrice et ne prenant pas en compte la subsidiarité des moyens.

Les constats, décrits par ce rapport, sont partagés par le PDC, mais pas les solutions proposées.

Il est certain que la population va vieillir, que le nombre d'EMS devra augmenter, que les soins à domicile vont coûter plus cher.

Il est également sûr que la prise en charge des malades va profondément se modifier avec une augmentation de l'ambulatoire par rapport à la prise en charge hospitalière.

Il faudra donc plus de lits d'EMS, de personnel de santé, de structures ambulatoires.

D'un autre côté, le canton de Genève propose une offre médicale que l'on peut presque qualifier de pléthorique.

Le nombre de cabinets médicaux explose. Plus de spécialistes, plus d'équipements de pointe, plus de pôles de compétence.

Les cliniques privées ont investi énormément pour rivaliser avec l'Hôpital cantonal, ce dernier rêvant de damer les pions des groupes privés.

Saine concurrence ou fuite en avant.

Ce qui est certain c'est que les coûts de la santé vont exploser et avec eux les primes des assurances-maladie.

Nous avons de la chance de vivre dans une région qui propose une offre médicale qu'une qualité exceptionnelle.

L'Etat doit coordonner cette offre et ne pas chercher à l'éliminer pour devenir le seul acteur travaillant sur notre territoire.

Par exemple, l'hôpital cantonal est en train de développer une politique qui peut se résumer à une fuite en avant. On ne sait pas où on va, mais on y va gaiement.

Augmentation des structures, augmentation du personnel (principalement administratif), investissement pharaonique, avec un risque de surcapacité.

Sans que nos autorités se rendent compte que le bassin de population qui a besoin d'un hôpital universitaire a diminué fortement (disparition des patients français, et nette diminution des patients venant d'autres cantons romands).

De plus, les traitements devenant plus performants, le nombre d'hospitalisations va diminuer.

Dans un avenir proche, c'est l'hospitalisation à domicile qui va prendre le dessus.

Il est donc urgent de faire simplement le compte des offres existantes et de proposer de les coordonner pour une meilleure efficience.

Nous vous proposons de refuser ce rapport en demandant au Conseil d'Etat de tenir compte de nos interrogations en nous proposant une vraie planification sanitaire intégrant tous les acteurs présents sur le territoire du canton.

Nos moyens financiers ne sont pas extensibles à l'infini.

Non à une planification étatique, oui à une vraie subsidiarité des moyens et des structures.

*Date de dépôt : 21 mars 2017*

## RAPPORT DE LA DEUXIÈME MINORITÉ

### **Rapport de M. Marc Falquet**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La deuxième minorité souhaite tout d'abord vivement remercier les équipes de la direction générale de la santé mais aussi l'ensemble des acteurs du réseau pour leur remarquable travail. Celui-ci permet d'assurer, malgré les difficultés et la complexité du sujet, une planification sanitaire cantonale de qualité afin de répondre aux besoins de la population durant les années à venir.

Les objectifs du rapport du Conseil d'Etat sont notamment de dresser un état des lieux, d'anticiper le développement des besoins de soins et de financement et de proposer des orientations dans les domaines de soins concernés.

La seconde minorité souhaite élargir le débat sur l'anticipation des besoins et les orientations futures dans le domaine des soins. Aujourd'hui, l'évolution des besoins en soins nous est présentée comme une situation qui va inéluctablement se dégrader au vu du vieillissement de la population.

Réfléchir sur la politique de la santé, c'est également amener de nouvelles pistes, proposer des idées, pour améliorer la santé globale de la population ainsi que la maîtrise des coûts.

Il est mentionné, dans ledit rapport, que la population des plus de 80 ans va doubler d'ici à 2040, passant de 21 000 à 43 000 personnes. En précisant que la longévité de la vie s'accompagne d'une augmentation des maladies chroniques. Par ailleurs, chacun s'accorde pour constater que ces maladies touchent des personnes de plus en plus jeunes, ce qui devrait nous alarmer.

Des sommes colossales sont dépensées chaque année pour notre système de santé... Si la durée de vie de la population augmente, il n'en est pas de même de l'espérance de vie en bonne santé. Les soins coûtent toujours plus cher, sans pour autant garantir à la population de rester en bonne santé jusqu'à un âge avancé.

Si nous ne souhaitons pas devoir subir une augmentation infinie des coûts et des ressources à mettre en œuvre, il va falloir agir avec créativité, innovation et détermination en matière de politique de santé publique.

**Il apparaît dans le rapport du CE que les maladies chroniques sont, et seront encore davantage dans le futur, la problématique essentielle de santé publique.** Il s'agit donc de s'atteler à trouver des solutions, sous peine de subir leur augmentation infinie, année après année, ainsi que les conséquences désastreuses sur la population en matière de coût et de santé. (Principales maladies chroniques : infarctus, accident vasculaire cérébral, cancer, obésité, diabète, dépression, hypertension, cholestérol, maladie des voies respiratoires, asthme, etc.)

La recrudescence de ces maladies chroniques parmi une population toujours plus jeune doit tout d'abord nous interroger sur les causes du phénomène.

Une véritable politique de santé publique devrait pouvoir s'inspirer des lois et des rythmes naturels qui régissent l'équilibre et l'harmonie de la vie. Aujourd'hui, nous ne faisons que subir les conséquences de nos modes de vie et de nos comportements éloignés de ces principes. Ainsi, nous affaiblissons continuellement notre organisme, tant sur le plan psychique que physique. Nous nous voyons intoxiqués, fatigués, de plus en plus jeunes. Nos systèmes de défense sont submergés et n'ont plus la capacité ni de nous maintenir longtemps en bonne santé ni de rétablir durablement l'équilibre.

La médecine moderne excelle dans le traitement des troubles aigus, la chirurgie réparatrice et d'autres choses encore. Par contre, reconnaissons qu'elle n'a ni les outils ni les réponses pour prévenir et guérir durablement les maladies chroniques.

Il est illusoire de guérir durablement une maladie sans renforcer l'organisme et agir sur les causes du trouble. Cela paraît évident. Cependant, la médecine conventionnelle moderne s'attaque principalement aux symptômes des maladies. Elle les combat, la plupart du temps à l'aide de produits chimiques. Le traitement peut parvenir à éradiquer les symptômes et le malade semble guéri. Cependant, si la cause n'a pas été abordée et si l'organisme n'a pas été renforcé, la maladie se voit refoulée dans les couches profondes de l'organisme. Elle continue cependant de faire son chemin pour ressortir un jour ou l'autre sous une autre forme, souvent bien plus dangereuse, puis elle finit par devenir chronique.

Par la suite, la maladie chronique sera traitée à son tour avec des médicaments chimiques. Ceux-ci produiront probablement des effets indésirables qui devront être traités à leur tour. Ainsi, le patient se voit pris

dans une spirale morbide. Il aura besoin de soins et de traitements jusqu'à la fin de ses jours, avec une dégradation continue de sa santé. Il s'agit du simple constat d'un gâchis thérapeutique, humain et financier, que nous subissons depuis des décennies, sans que personne ne semble s'en inquiéter.

### **Rapport du Conseil d'Etat sur la pétition 1854-C concernant la situation de la psychiatrie adulte :**

Le Conseil d'Etat a donné des réponses en matière de besoins, de lits, de structures, etc. Par contre, il n'a pas abordé un domaine essentiel qui mériterait toute notre attention. Il s'agit des traitements chimiques dispensés aux patients atteints de troubles psychiques. Les médecins prescrivent des substances qui agissent sur le psychisme de leurs patients et provoquent des effets secondaires dévastateurs sur leur santé.

Pour la seconde minorité, la psychiatrie ne peut pas continuer dans cette voie. Elle doit absolument rechercher des alternatives aux produits chimiques toxiques. Il n'est plus acceptable de prescrire des médicaments dont les effets secondaires sont désastreux et ne font que péjorer la santé des patients. **Les traitements doivent être totalement exempts d'effets secondaires indésirables. Ils doivent au contraire favoriser le retour à l'équilibre et renforcer l'organisme.**

Il y a une énorme souffrance parmi les personnes atteintes de troubles psychiques, souvent aggravés par les traitements chimiques. Un changement de paradigme s'impose dans le domaine en matière d'approche thérapeutique, d'autant plus que la psychiatrie peine à comprendre les maladies psychiques.

Dans le monde, il existe une richesse de pratiques, de solutions thérapeutiques performantes, profitables, qui renforcent l'organisme, sans effets indésirables. Ces thérapies prennent la plupart du temps compte de la globalité de l'être, avec des objectifs préventifs et curatifs durables.

Pourquoi ne pas les prospector, les examiner, les exercer, tant dans le domaine de la médecine moderne, de la recherche scientifique, des innovations de rupture, qu'au travers d'approches empiriques, alternatives, corporelles, comportementales, holistiques, voire même spirituelles, etc. ?

Plusieurs membres de la Commission de la santé ont abordé l'excellente idée de déployer un observatoire de la santé.

En raison de la diversité des causes amenant troubles et maladies, les stratégies, les conceptions thérapeutiques doivent être également diversifiées et adaptées au besoin de chacun. L'industrie chimique n'est de loin par la seule réponse. Elle a même une certaine responsabilité dans l'apparition des maladies chroniques et de maladies et troubles causés par les effets indésirables des médicaments. Les diverses approches doivent pouvoir se compléter dans

l'objectif d'un renforcement psychique et physique de l'organisme, pour une véritable guérison globale durable, une vie plus harmonieuse et, finalement, une population en meilleure santé.

Merci de votre attention.

*Date de dépôt : 21 mars 2017*

## RAPPORT DE LA TROISIÈME MINORITÉ

### Rapport de M<sup>me</sup> Sarah Klopmann

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Tout d'abord, j'aimerais saluer l'énorme travail, notamment de recensement, fourni par l'administration pour ce rapport de planification sanitaire du canton de Genève. Ce document est intéressant et conséquent. Ce qui m'emballe moins, c'est une partie de la politique sanitaire actuellement en cours à Genève et le manque d'ouverture flagrant face à toute remarque ou proposition. Il me semblait donc important de prendre un rapport de minorité et c'est pour cette raison que j'ai refusé, en commission, de prendre acte de ce rapport du Conseil d'Etat sur la planification sanitaire 2016-2019.

Aucune remise en question des dogmes allopathiques ou des courants actuellement majoritaires ne semble possible. A cela, le magistrat répond que ce n'est pas au département d'interroger la médecine. Je pense que si. Puis, sur un éventuel élargissement de vision médicale, il réplique que ce n'est pas à lui de planifier la médecine chinoise ou l'homéopathie. Pourtant, dans un contexte de planification globale des soins, toutes les techniques sont à prendre en considération. Autant les médecines naturelles sont essentielles en prévention et amélioration de la qualité de vie, autant elles permettent aussi de soigner. Il arrive même que ce soit finalement la bonne réponse pour certain-e-s patient-e-s qui, après un long et douloureux parcours dans le monde de l'allopathie ou de la chirurgie, y arrivent avec dépit et désespoir. Il serait donc honnête de ne pas toujours les considérer soit avec un dédain ironique et incrédule, soit avec suspicion. Ces deux jugements sont d'ailleurs assez contradictoires.

La médecine de ville et la médecine hospitalière doivent permettre une très large palette de thérapies. L'inclusion des thérapies alternatives fait encore défaut ; la consultation de tous les acteurs du domaine de la santé manque également. De la même manière, une prise en compte plus large des différents besoins, y compris ceux spécifiques à seulement certaines catégories de la population, est nécessaire. **Ce n'est qu'avec ces différents éléments qu'une vision globale de la santé sera possible.**

Le volet psychiatrie aussi est incomplet. Aucune mention de la psychiatrie en milieu carcéral. Le conseiller d'Etat chargé du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé explique que cela concerne le département de la sécurité. Mais non ! Comment un magistrat chargé de la santé peut-il, de manière consciente et volontaire, créer différentes catégories de patients, en excluant une de la stratégie des soins ? Là encore, on peut constater que cette planification sanitaire n'a pas à cœur d'inclure tout le monde. C'est malheureux. Cela va à l'encontre même de ce qu'est la médecine, qui doit traiter sans jugement et sans discrimination. Ça rate aussi un enjeu actuel majeur. En effet, les troubles psychiatriques sont maintenant très présents dans les prisons. Cause, ou conséquence ?

Un autre domaine de plus en plus concerné par les défis de la psychiatrie est celui des personnes âgées. Dans la planification, il est dit que « comme la psychiatrie ne concerne pas particulièrement une population âgée, elle est par conséquent moins impactée par le vieillissement de la population que les autres zones de soins ». Pourtant, les problèmes cognitifs et/ou de démence augmentent évidemment en même temps que l'espérance de vie. Ils font ensuite partie à part entière de l'existence et, si on s'occupe, d'une façon ou d'une autre, de personnes âgées, on ne peut pas le faire sans inclure entièrement cette donnée.

L'IMAD doit faire face à cette situation et nous avons plusieurs fois pu entendre sa directrice nous expliquer que les collaborateurs et collaboratrices arrivant à domicile étaient de plus en plus souvent confrontés à ce type de cas et, parfois, même à l'agressivité qui peut aller avec. Il faut donc anticiper cela. Puis, si les soins somatiques quotidiens sont évidemment totalement intégrés dans le fonctionnement des EMS, il est regrettable que ce ne soit pas le cas pour les soins psychiatriques. Evidemment, pour les soins psy comme pour les soins somatiques, il faut pouvoir envoyer provisoirement le ou la résident-e dans un établissement plus spécialisé (HUG, Belle-Idée) en cas d'épisode particulier. Mais un problème psychiatrique, psychique ou neurologique peut faire partie de la vie quotidienne. Et, si une partie de la population est touchée par ces troubles, il n'y a pas de raison de penser que ceux-ci disparaissent avec l'arrivée en EMS, nouveau lieu de vie de ses résident-e-s. Il n'est donc pas suffisant de dire, comme on a pu l'entendre en commission, que Belle-Idée suffit. Les soins et précautions liées à ce type de maladies doivent être totalement intégrés au fonctionnement de l'EMS.

Puis, la recherche du maintien ou du rétablissement de la santé mentale doit aussi être envisagée de manière humaine et sociale. On peut pourtant constater, dans les prisons surtout, mais aussi dans la politique de santé des personnes âgées et dans une moindre mesure pour la population en général, une



priorisation mise sur l'abrutissement chimique plutôt que sur la psychiatrie relationnelle. Evidemment, la médication est un outil important. Mais il doit rester un outil et en aucun cas ne devenir le pilier de la politique de santé mentale. Et l'ouverture plutôt que l'enfermement et la mise à l'écart, à chaque fois que cela est possible, doit absolument être privilégiée.

L'ouverture devrait aussi être ajoutée à la réflexion autour des EMS. Les mesures proposées par le département sont le développement des structures intermédiaires et l'augmentation des prestations de maintien, d'aide et de soins à domicile « afin de limiter l'augmentation du besoin en lits d'EMS dans les années à venir ». La volonté de maintenir les gens à domicile plutôt que de les mettre en institution est louable. Le passage du « chez-soi » à l'EMS est toujours un épisode douloureux. Cependant, il ne faut pas oublier que cette stratégie compte beaucoup sur les proches aidants, qu'il conviendrait de mieux soutenir. Puis, avoir comme principal objectif pour la planification médico-sociale en EMS la limitation de l'augmentation du besoin en lits, c'est vraiment pauvre. Il conviendrait plutôt de réfléchir à l'organisation de la vie en EMS. Les équipes de ces établissements font un travail difficile. Nous devons saluer les remarquables efforts fournis et les en remercier. Par contre, la planification cantonale devrait, elle, amener plus de corps de métiers différents au sein des EMS et ouvrir davantage ces établissements sur les quartiers. Cela permettrait plus de synergies intergénérationnelles et plus de liens avec les non-résidents.

Et, puisque le nombre de prestations que l'IMAD doit fournir va augmenter, il devient encore plus important de pallier le problème des déplacements. En effet, les assurances-maladie ne remboursent étonnamment pas les très nombreuses heures de déplacements, pourtant inhérentes à l'activité de cette institution. Pour des raisons financières donc, mais aussi simplement par souci d'efficacité et d'écologie, la question de l'emplacement des antennes IMAD est essentielle. Toutefois, rien n'est prévu dans la planification sanitaire...

Idem pour les centrales d'ambulances. La modification de la planification quotidienne (envoi de l'ambulance la plus proche, quel que soit le secteur de sa centrale) a permis de réduire le temps d'arrivée des premiers secours sur le lieu d'appel. C'est une excellente chose. Mais ce changement de pratique, qui supprime la notion de couverture par secteur, laisse toute liberté aux entreprises privées d'ambulances d'installer leurs centrales où elles le souhaitent. Il serait alors judicieux, en termes de couverture globale du territoire par les ambulances, de prévoir et de décider en quel lieu une centrale d'ambulances serait utile et nécessaire, et où sa présence serait superflue. Pourtant, et ce malgré des recommandations de la Cour des comptes en ce sens,

toujours pas de prise en compte de cela dans le chapitre sur la planification pré-hospitalière.

Lorsque l'on parle de planification sanitaire, on parle évidemment beaucoup de santé. Cependant, la santé de celles et ceux qui font fonctionner toutes les institutions de soins semble ne pas être une priorité pour le département. C'est vraiment inconséquent. D'abord, les obligations légales de protection de la santé des travailleurs et travailleuses devraient toujours être une priorité. Ensuite, une institution ne peut pas fonctionner correctement s'il y a de la souffrance au travail. Bon nombre des métiers de la santé sont très éprouvants physiquement et psychologiquement. Les problèmes de dos deviennent la norme dans le domaine des soins à domicile ou dans les institutions pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap moteur. Des soins devraient être offerts au personnel et une attention toute particulière devrait être portée sur l'ergonomie au travail. Cela passe par la prévention des mauvaises positions, postures ou gestes pendant le travail, ainsi que par l'achat de matériel aidant.

Le personnel soignant subit aussi beaucoup de pression liée à la pénibilité des tâches, aux horaires conséquents et irréguliers, et aux contraintes administratives toujours plus chronophages. Si la mise en réseau des institutions, mettant les patient-e-s au centre, est positive et essentielle, il faudrait veiller à ne pas le faire en augmentant davantage les démarches administratives. Le corollaire de la pénibilité de ces métiers est évidemment la pénurie de personnel. Comme un cercle vicieux, le manque d'employé-e-s ajoute à la difficulté du travail, et la difficulté du travail peut être un obstacle pour pallier le manque d'employé-e-s. Il va donc falloir mettre les moyens pour améliorer la qualité de vie au travail de ce personnel, ainsi que pour susciter des vocations.

D'ailleurs, il n'est pas question de moyens dans ce document. Le conseiller d'Etat demande qu'on ne limite pas maintenant la réflexion aux financements, pour pouvoir ensuite coller aux besoins. C'est juste. Cependant, il serait intéressant d'évaluer quels moyens financiers, humains et matériels seront nécessaires pour passer du plan à la réalité, de la théorie à la pratique. Sans ça, je crains qu'on ne concrétise jamais les projets contenus dans cette planification.

Une autre doléance, plus technique cette fois, est liée au nom de ce rapport. Il est faux de dire que ce rapport est une planification sanitaire. C'est une planification des soins ; un copieux état des lieux, puis des propositions de stratégies liées aux soins. La santé, c'est plus global. C'est aussi ce qu'il y a avant d'avoir besoin des soins qui, tels qu'envisagés dans ce rapport, servent uniquement à la rétablir. Le concept cantonal de promotion de la santé et de

prévention est donc le premier volet d'une vraie planification sanitaire. Ainsi, le plan dont il est maintenant question devrait s'appeler plan des soins, ou plan de rétablissement de la santé. Ces deux plans, réunis, seraient dignes d'être appelés « planification sanitaire ».

Pour **approfondir les réflexions et élargir les horizons**, notamment sur l'intégration des médecines alternatives dans les structures, le canton pourrait mettre en place un observatoire de la santé. Celui-ci pourrait par exemple être confié à l'Institut de santé globale de l'Université de Genève. Cet institut est lié à plusieurs acteurs majeurs de la santé globale, dont l'OMS, le CICR et MSF. On trouve dans ses programmes d'enseignement, entre autres choses, les thématiques santé et droits humains, santé communautaire et santé publique. Espérons que le département pensera enfin à les consulter lorsqu'il élaborera le prochain rapport de planification. Leur audition était captivante, leur vision de la santé est inspirante.

En conclusion, Mesdames les députées, Messieurs les députés, ce rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019 pourrait être plus ouvert, tant sur les techniques de soin que sur les besoins.

La santé doit être appréhendée de manière globale !