

Date de dépôt : 8 décembre 2021

Réponse du Conseil d'Etat **à la question écrite urgente de M. André Pfeffer : Utilisation des** **unités de soins intensifs**

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 12 novembre 2021 le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une question écrite urgente qui a la teneur suivante :

Pour justifier les restrictions parfois importantes découlant des mesures covid sur nos droits fondamentaux, le taux d'utilisation ou de surutilisation des unités de soins intensifs est souvent cité. C'est, il faut le dire, la raison principale mise en avant pour faire passer les mesures mises en place qui touchent tant la population que l'économie.

Le Conseil fédéral a souligné que la responsabilité de l'utilisation des unités de soins intensifs incombait aux cantons. La pandémie dure depuis plus d'un an et demi maintenant et continuera à nous occuper dans les mois et les années à venir. Entre-temps, les hôpitaux ont dû faire face à de nombreuses situations dans les unités de soins intensifs sous une pression immense. Depuis le début de la crise sanitaire, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont probablement adapté leur offre.

Mes questions sont les suivantes :

- 1) *Quelle est l'utilisation mensuelle moyenne des unités de soins intensifs dans le canton de Genève depuis le début de l'année 2020 ?***
- 2) *Combien de lits de soins intensifs et combien de « lits d'urgence » supplémentaires le canton de Genève compte-t-il aujourd'hui ? Comment ce nombre a-t-il évolué depuis le début de l'année 2020 ?***

2) Combien de lits de soins intensifs et combien de « lits d'urgence » supplémentaires le canton de Genève compte-t-il aujourd'hui ? Comment ce nombre a-t-il évolué depuis le début de l'année 2020 ?

- Pour le service des soins intensifs adultes, le nombre de lits non-COVID ouverts (lits officiellement accrédités) est de 30 depuis 2020.
- Lors de la première vague COVID, le nombre de « lits d'urgence » (lits ajoutés) a été de 80 (nombre total de lits $30 + 80 = 110$), avec au maximum (début avril 2020) presque 90 patients, dont 65 patients COVID, hospitalisés.
- Pour tout l'hôpital, le nombre de lits d'urgence pour répondre à la crise du COVID a été de 110.
- L'ouverture de tous ces lits supplémentaires n'a été possible qu'avec l'aide de l'équipe médico-soignante du service d'anesthésiologie, qui a été mobilisée presque dans son ensemble pour travailler aux soins intensifs, et parce que le périmètre des soins intensifs a été étendu jusqu'aux SINPI (soins intermédiaires péri-interventionnels), la salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) et finalement le bloc opératoire Julliard, avec ses 5 salles opératoires et ses infrastructures. Ainsi, pendant la première vague, 129 patients COVID ont pu être hospitalisés aux soins intensifs élargis, tout en assurant les urgences et les besoins des patients non-COVID.

Pour les vagues suivantes, le dispositif COVID que les HUG, avec le soutien du canton, ont mis sur pied est de 10 lits de soins intensifs.

A noter également que pendant la première vague, la capacité des **unités de soins intermédiaires** des services de médecine interne et d'anesthésiologie a été augmentée de 16 à 56 lits. Au total, 296 patients COVID y ont été pris en charge. Pendant la deuxième vague, la capacité maximale des unités de soins intermédiaires a été de 69 lits et, au total, 931 patients COVID y ont été pris en charge.

3) Combien de temps les patients atteints du covid restent-ils en moyenne a) à l'hôpital et b) dans l'unité de soins intensifs ? Quelle est la proportion de patients atteints du covid qui doivent être pris en charge dans l'unité de soins intensifs ?

Vous trouverez ci-dessous la **durée médiane d'hospitalisation des patients COVID**, globale ainsi que par vague, aux HUG. La dernière colonne correspond à la durée maximale :

Jours	Durée médiane	Durée maximale
Globalement	10	95
1 ^{re} vague	13	47
2 ^e vague	7	82
3 ^e vague	9	95
4 ^e vague	9	69

A noter qu'en 2019 aux HUG (donc avant la pandémie), la durée médiane d'hospitalisation des patients (non-COVID) était de 1,9 jour.

La gravité de l'état des patients admis en soins intensifs a augmenté entre les 2 premières vagues (score SAPS 52 vs 55), avec une mortalité passant de 18,6% à 42%. Ces différences sont dues au développement des structures intermédiaires et à une sélection des patients les plus gravement atteints qui ont été transférés dans les soins intensifs.

Ces patients ont nécessité des techniques d'assistance au décours de leur prise en charge qui ont évolué au fil des vagues, avec une nécessité d'hémodialyse au début de la crise qui ne s'est pas confirmée durant les vagues suivantes (12% vague 1 vs 3% vague 2). L'utilisation de techniques telles que l'ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation*) une technique d'assistance respiratoire et/ou cardiaque s'appuyant sur le principe de circulation extracorporelle) s'est régulée au fil des vagues, avec le développement de critères stricts pour la mise en place, faisant passer le pourcentage de patients assistés dans les soins intensifs de 8,9% à 5,1% entre les 2 premières vagues.

La **proportion de patients atteints du COVID hospitalisés qui nécessitent une prise en charge en soins intensifs** a varié au cours des différentes vagues; plutôt de l'ordre de 10% au cours des 3 premières vagues, elle oscille entre 10-20% pour la quatrième vague.

4) *Qu'a fait le Conseil d'Etat depuis le début de la situation pandémique pour augmenter la capacité en personnel et en matériel des unités de soins intensifs (par exemple par du personnel temporaire interne ou externe, des salles supplémentaires) ?*

Depuis la fin de la première vague et en anticipation d'une deuxième vague, le nombre de lits des soins intensifs aux HUG est passé de 30 à 40 (30 lits accrédités + 10 lits « socle COVID »), avec les ressources en personnel soignant et médical dédié.

Le personnel soignant supplémentaire a été engagé en CDI et a été formé par le service des soins intensifs. Les compétences requises sont très spécifiques et nécessitent un accompagnement durant plusieurs mois. Cette formation se poursuit actuellement et les collaboratrices et collaborateurs engagés travaillent toujours aux soins intensifs.

Le personnel soignant déjà certifié est impossible à recruter.

Le personnel médical supplémentaire reste difficile à recruter, faute de candidats sur le marché.

Une centaine de ventilateurs ont été achetés pendant la première vague (via l'armée) pour le service de soins intensifs et pour les unités de soins intermédiaires des services d'anesthésiologie et de médecine interne.

Des pousse-seringues, ainsi que du matériel de mobilisation et de positionnement, ont également été financés dans le cadre de la pandémie.

5) Combien de patients a) non cantonaux et b) étrangers non domiciliés à Genève ont été admis dans nos unités de soins intensifs ? Quelles en sont les raisons ?

- Nombre de patient COVID extra-cantonaux, accueillis au service des soins intensifs des HUG : 9
- Nombre de patient COVID en provenance de l'étranger, non domiciliés à Genève, accueillis au service des soins intensifs des HUG : 6

NB (1) : Ces chiffres représentent la **période 2021**. Lors de la première vague, les HUG n'avaient pas encore mis en place le dispositif « IAG cantonal », donc pas de monitoring officiel côté de la Direction des opérations.

NB (2) : Lors de la deuxième vague, les HUG ont transféré 11 patients COVID vers les structures extra-cantoniales (Berne, Zurich, Bâle).

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

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :
Michèle RIGHETTI

Le président :
Serge DAL BUSCO