

*Date de dépôt : 29 octobre 2014*

## **Rapport du Conseil d'Etat**

**au Grand Conseil sur l'évaluation de l'exploitation des unités d'accueil temporaire de répit (UATR) de l'Institution genevoise de maintien à domicile (imad) et des lits « UATR » des Cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana ainsi que du projet pilote d'unité d'accueil temporaire médicalisée (UATM) conduit par la Clinique et permanence d'Onex SA**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

L'évaluation de l'exploitation des unités d'accueil temporaire de répit (ci-après : UATR) est exigée par la loi 10611, du 6 mai 2010, modifiant la loi 10064 accordant une indemnité et des aides financières annuelles de fonctionnement à des institutions de maintien, d'aide et de soins à domicile pour les années 2008 à 2011. La loi 10611 a retiré l'exploitation des UATR aux établissements médico-sociaux (ci-après : EMS) pour les intégrer dans le dispositif de maintien à domicile. De ce fait, l'article 11A prévoyait une évaluation de ces structures dites intermédiaires par une instance extérieure indépendante pour le 31 décembre 2012, avec remise par le Conseil d'Etat d'un rapport au Grand Conseil.

Deux documents sont annexés au présent rapport. Le premier présente les résultats de l'évaluation des UATR, alors que le second contient l'évaluation du projet pilote d'unité d'accueil temporaire médicalisée (ci-après : UATM), conduit par la Clinique et permanence d'Onex SA dans les locaux de « Cité Générations », dans la commune d'Onex. Ces deux structures sont complémentaires. En effet, si ces unités d'accueil ont des missions différentes – l'UATR vise à retarder une éventuelle entrée en EMS en offrant du répit aux proches aidants et l'UATM évite des hospitalisations en soins aigus aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) –, elles sont toutes deux des maillons de la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. Celle-ci promeut le maintien à domicile, dans de bonnes conditions aussi longtemps que possible afin, notamment, d'infléchir

la progression naturelle des coûts. Pour mémoire, cette politique a fait l'objet d'un rapport du Conseil d'Etat sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie accepté à l'unanimité, le 4 octobre 2013, par le Grand Conseil (RD 952).

Le report du délai de remise du rapport s'explique par la volonté de présenter ces évaluations ensemble et par le fait que l'UATR de Villereuse, ouverte fin 2011, nécessitait au moins une année d'activité pour être évaluée.

L'évaluation de l'exploitation des UATR porte sur l'exercice 2012 et celle du projet pilote d'UATM sur 6 mois d'activité (mai à octobre 2013). Les objectifs des deux évaluations sont axés sur la pertinence des critères d'admission, l'adéquation des prestations et du nombre de lits en regard des besoins, l'insertion des UATR et de l'UATM dans le dispositif de maintien à domicile ainsi que leurs modalités d'exploitation.

Le but de présenter les deux évaluations conjointement n'est pas d'établir une comparaison entre des structures aux missions différentes, mais de montrer la nécessité de les positionner en complémentarité l'une de l'autre et de les analyser chacune comme partie intégrante d'un dispositif de maintien à domicile qui doit pouvoir assurer la continuité des prises en charge par une réponse adéquate à des besoins différents et évolutifs d'une population âgée en perte d'autonomie. Relevons que les critères d'admission en UATR et en UATM ne se recoupent pas et que l'attente de placement en EMS n'est pas un critère d'éligibilité pour chacune de ces structures.

## **Définition des unités d'accueil**

### *UATR*

Au sens des articles 29 et 30 du règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009 (RSDom) (K 1 06.01), les UATR accueillent, sur prescription médicale, des personnes en âge AVS atteintes de troubles physiques, psychiques et cognitifs, en vue d'un retour à domicile. Les critères d'admission sont, notamment, l'absence momentanée de proches aidants ou un répit pour ceux-ci ainsi que l'inaccessibilité du lieu de vie. Les entrées se font depuis le domicile, ainsi que depuis les urgences ou les unités de soins des HUG. Les UATR offrent des prestations socio-hôtelières, de l'encadrement psychosocial, des soins infirmiers et des soins de base. Le médecin traitant est le responsable médical durant le séjour qui dure au minimum 5 jours et au maximum 45 jours par an (renouvelable sur dérogation).

Le financement de la prestation « UATR » est tripartite : client, assureur et Etat de Genève.

L'imad (institution genevoise de maintien à domicile) exploite 38 lits sur deux sites (Les Jumelles et Villereuse) et les Cliniques de Joli-Mont et de Montana offrent respectivement cinq et un lit de répit. L'offre actuelle est donc de 44 lits au total.

### *UATM*

Cette unité pilote, dotée de 7 lits, accueille des personnes âgées nécessitant une intervention et une surveillance médicale rapprochée qui ne justifient pas une hospitalisation en soins aigus aux HUG ou des patients dont l'état de santé requiert un ajustement thérapeutique ou un bilan psychogériatrique qui ne peuvent pas être effectués en ambulatoire. Les entrées sont assurées 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine. La durée de séjour est estimée, dans cette phase pilote, à 5 jours maximum. La prise en charge médicale est assurée par le médecin traitant, à défaut par les médecins de la Clinique et permanence d'Onex SA.

Un forfait journalier, négocié pour cette phase pilote entre la Clinique et permanence d'Onex SA et divers assureurs, couvre une partie des frais hôteliers et de la surveillance par les soignants. Les prestations médicales et médico-techniques sont financées selon les tarifs en vigueur, fixés par la législation sur l'assurance-maladie obligatoire.

## **Synthèse des rapports d'évaluation et recommandations**

### *UATR*

En 2012, 385 clients ont effectué un ou plusieurs séjours en UATR. Le total des séjours est de 522 répartis comme suit : 305 à Villereuse, 127 aux Jumelles et 90 dans les Cliniques de Joli-Mont et de Montana. Un peu moins de la moitié (45,3%) des séjours sont liés à des personnes qui reviennent plusieurs fois durant l'année. La clientèle est majoritairement âgée de 80 ans ou plus (72%). On peut estimer qu'une personne de 65 ans ou plus sur 200 a bénéficié d'un séjour en UATR.

La durée moyenne de séjour est de 18,2 jours, alors que la durée moyenne de répit (un répit peut comprendre plusieurs séjours) est de 24,2 jours. Plus de 50% des demandes de répit proviennent des proches aidants. Le coût annuel du répit est de 17 800 F environ par client, dont 13% ont été couverts par les clients eux-mêmes, moins de 10% par les assureurs et 77% par l'Etat de Genève. En estimant qu'un séjour en UATR retarde de six mois l'entrée en EMS, le non-dépensé est évalué à 27 000 F.

Le rapport conclut que les UATR offrent une sécurité sanitaire et répondent à leur mission de maintien à domicile.

Le rapport recommande :

- de conserver les critères d'admission actuels (article 30, RSDom);
- de rendre plus attrayant le séjour, notamment par l'introduction de prestations d'animation;
- d'améliorer les échanges d'informations entre l'UATR et les médecins traitants par le recours au dossier médical en ligne ([mondossiermedical.ch](http://mondossiermedical.ch));
- d'améliorer l'efficience en augmentant le taux d'occupation par différentes mesures (proposer à des proches aidants épuisés un répit durant les périodes creuses de fréquentation (hors vacances scolaires) ou fermer un des deux sites durant ces mêmes périodes);
- d'évaluer les opportunités de la construction d'un nouveau bâtiment pensé dès sa conception pour être fonctionnel et aussi adapté aux personnes souffrant de troubles cognitifs (ce qui n'a pas été le cas pour les UATR Les Jumelles et Villereuse);
- de supprimer les lits « UATR » dans les Cliniques de Joli-Mont et de Montana pour que ces établissements se concentrent sur leur mission principale;
- d'atteindre une offre d'une centaine de lits de répit, notamment, grâce à la réouverture de lits « UATR » dans des EMS dont le but serait d'aider à la préparation à l'entrée en milieu résidentiel. Le nombre attendu de lits de répit, sans distinction de leur mission et donc de leur rattachement à l'imad ou à un EMS, serait de 76 lits en se référant à la moyenne suisse et de 122 selon la dotation par habitant du canton de Vaud;
- d'étudier la faisabilité de prestations alternatives telles que le baluchonnage (un professionnel du maintien à domicile vient à domicile pendant plusieurs jours et permet au proche aidant de s'absenter) pour des personnes souffrant de troubles cognitifs associés à une désorientation pour qui un séjour en UATR n'est pas indiqué.

### *UATM*

Sur les 6 mois d'activité analysés, l'unité a comptabilisé 50 séjours soit un peu plus de 300 jours. Les patients, âgés en moyenne de 80 ans, présentaient des pathologies chroniques ou infectieuses et 54% bénéficiaient de soins à domicile. Le but n'est pas d'entreprendre des investigations inutiles mais de centrer la prise en charge sur la stabilisation de l'état de santé du patient pour rendre son retour à domicile possible. La durée moyenne du séjour a été de 6 jours – pour une durée souhaitée initialement de cinq jours – pour un coût d'environ 3 000 F, soit la moitié des coûts calculés en fonction des pathologies des patients dans un échantillon d'hôpitaux suisses.

Le rapport préconise la poursuite de cette expérience et recommande :

- d'augmenter le recours à l'UATM afin de diminuer le nombre d'hospitalisations non justifiées aux HUG;
- d'étendre le bassin de recrutement à toutes les communes de la rive droite;
- d'étudier la faisabilité d'une UATM sur la rive gauche intégrée dans une structure offrant notamment un plateau médical;
- d'étudier un modèle de financement adéquat pour pérenniser cette prestation.

### **Conclusion du Conseil d'Etat**

Au vu des conclusions des deux rapports d'évaluation et dans le but de poursuivre ainsi que de parfaire sa politique de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, compte tenu des priorités et des ressources à disposition, le Conseil d'Etat entend :

- s'agissant des UATR, mettre en œuvre, d'entente avec les partenaires concernés, les recommandations ci-dessus mentionnées, notamment optimiser l'offre en UATR de l'imad, supprimer les lits « UATR » dans les Cliniques de Joli-Mont et de Montana et ouvrir des lits « UATR » dans des EMS, moyennant une définition des critères de financement et d'admission;
- s'agissant des UATM, étudier les conditions de pérennité de la prestation, cas échéant son extension.

Le Conseil d'Etat rappelle, par ailleurs, que dans le but de garantir la qualité et la continuité des prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, les actions devront être orientées vers une recherche constante de synergies de proximité intra et extra-institutionnelles entre les prestations de maintien à domicile, résidentielles et hospitalières, l'ensemble des prestations devant être complémentaires. Les éléments évoqués ci-dessus seront intégrés aux réflexions relatives au prochain rapport de planification sanitaire 2016-2019.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :  
Anja WYDEN GUELPA

Le président :  
François LONGCHAMP

Annexes :

- 1) *Unité d'accueil temporaire de répit (UATR), évaluation portant sur l'exercice 2012, rapport du Dr Yves Egli sur mandat du DEAS, 2014*
- 2) *Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATM), évaluation de l'expérience pilote de mai à octobre 2013, rapport du Dr Yves Egli sur mandat du DEAS, 2014*

UNITE D'ACCUEIL TEMPORAIRE médicalisée (UATm)  
Evaluation de l'expérience pilote de mai à octobre 2013

RAPPORT FINAL

Yves Egli

Mandat du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé du canton de  
Genève - DEAS

## Table des matières

1. Introduction	
1.1 Contexte.....	3
1.2 Buts et objectifs du mandat.....	3
1.3 Personnes contactées.....	3
2. Données et méthodes.....	4
3. Mission et fonctionnement de l’UATm	
3.1 Mission des UATm .....	8
3.2 Fonctionnement de l’UATm Cité-Génération.....	9
4. Evaluation de l’expérience pilote	
4.1 Descriptions des patients pris en charge	
4.1.1 Patients admis.....	10
4.1.2 Profil clinique .....	10
4.1.3 Profil de fonctionnement.....	10
4.1.4 Profil de participation .....	11
4.2 Description des prestations fournies	
4.2.1 Prestations fournies pendant le séjour en UATm .....	12
4.2.2 Préparation du retour à domicile .....	12
4.3 Indicateurs de performance .....	13
4.4 Rentabilité.....	17
5. Conclusion et recommandations.....	18
6. Annexes	
6.1 Séjours éligibles en UATm .....	20
6.2 Questionnaire de satisfaction.....	25

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Contexte

Une unité d'accueil temporaire médicale (UATm) offre un suivi médical continu de quelques jours à des personnes âgées en perte d'autonomie. Une expérience pilote a été conduite par Cité Générations, institution de santé au sens de la Loi sur la santé du 7 avril 2006, dès la fin du mois de mai 2013. Cité Générations est une "maison de santé" qui regroupe sous un même toit différents professionnels ainsi que de nombreux services de santé. Ce regroupement favorise la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des soins.

Le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) a souhaité une évaluation rapide de cette première phase du projet, de manière à analyser la faisabilité et l'utilité de développer une telle structure intermédiaire entre les consultations ambulatoires et les hospitalisations. Il s'agit également de préciser la mission des UATm et d'examiner la question de son financement.

## 1.2 Buts et objectifs du mandat

Le but du mandat est d'évaluer les six premiers mois d'activité de l'UATm.

Les objectifs sont :

1. évaluer la pertinence des critères d'admission tels que définis dans le concept au vu des besoins des clients, de leurs proches aidants et du réseau sanitaire ;
2. évaluer l'adéquation des prestations délivrées au regard des besoins des personnes accueillies ;
3. détailler les modalités d'exploitation (coût, financement, ressources humaines, etc.) ;
4. évaluer l'insertion (degré de complémentarité des UATm dans le dispositif hospitalier et de soins domiciliaires, ainsi que la fluidité des prises en charge lors du passage d'une structure à l'autre (gestion des interfaces) ;
5. faire des recommandations d'amélioration.

## 1.3 Personnes contactées

Pour préparer son évaluation, le mandataire a bénéficié de l'étroite collaboration des responsables de l'UATm de Cité Générations :

- Dr Philippe Schaller,
- Dr Marc-André Raetzo,
- Mme Florence Baudoin, infirmière responsable.

Le mandataire leur exprime ici toute sa gratitude pour leur aide précieuse et le travail de récolte de données qu'elles ont assuré durant ces six mois avec diligence et rigueur. Il remercie également les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) qui ont aimablement mis leur statistique médicale à disposition (année 2012).

## 2. DONNEES ET METHODE

Les données relatives aux patients ont pour but de décrire leurs pathologies et leur degré d'autonomie, ainsi que de préciser les critères d'admission et évaluer leur application. Dans la mesure du possible, les nomenclatures utilisées sont celles préconisées par l'OMS pour les diagnostics (Classification internationale des maladies, CIM-10), le fonctionnement et les participations (Classification internationale du fonctionnement, CIF).

Les données proviennent des relevés établis par l'UATm à des fins d'évaluation, pour chaque séjour :

### **Admission**

- N° de patient (anonyme)
- Age
- Genre (homme/femme)
- Proches aidants le jour (0 = absence, 1 = présence discontinue, 2 = présence continue)
- Suivi par les soins à domicile (oui, non)
- Suivi par un médecin de ville (oui, non)
- Date d'admission
- Heure d'admission
- Envoyeur (médecin de ville, hôpital, autre)

### **Profil clinique**

- Diagnostics (1 à 10, selon la nomenclature CIM-10)
- Interventions chirurgicales éventuelles (selon la nomenclature CHOP)

### **Profil de fonctionnement (déficience survenue dans les 30 derniers jours)**

- |   |  |
|---|--|
| 0 | jamais, pas de problème                                |
| 1 | rarement, supportable                                  |
| 2 | occasionnellement, gênant                              |
| 3 | fréquemment, perturbe partiellement la vie quotidienne |
| 4 | tous les jours, perturbe totalement la vie quotidienne |
| 9 | impossible à évaluer                                   |

- Orientation (temps, espace, personne)
- Intellectuel (retard mental, démence)
- Energie et pulsions
- Sommeil
- Attention
- Mémoire
- Vue
- Audition
- Equilibre
- Douleur
- Parole
- Circulation (cœur, pression, etc.)
- Respiration
- Digestion, défécation
- Urinaire (incontinence, etc.)
- Neuro-musculaire

### ***Profil de participation (même échelle que pour le fonctionnement)***

- Regarder
- Ecouter
- Apprendre
- Résoudre des problèmes
- Entreprendre une tâche simple
- Entreprendre une tâche complexe
- Parler
- Soulever et porter des objets
- Motricité fine (ramasser, saisir)
- Marcher
- Utiliser un fauteuil roulant
- Conduire un véhicule
- Se laver (bain, se sécher, laver les mains)
- Soins personnels (se brosser les dents, se raser)
- Aller aux toilettes
- S'habiller
- Manger
- Boire
- Prendre soin de sa santé
- Appeler au secours si nécessaire
- Faire les courses
- Préparer ses repas
- Faire le ménage
- S'occuper des autres
- Etablir des relations avec autrui

Les données relatives aux prestations visent à décrire les activités de l'UATm en termes de quantités (volume) et de nature (type de prestations fournies).

### ***Volume des prestations fournies (total pour le séjour)***

- Nombre de points TarMed, part médicale
- Nombre de points TarMed, part technique
- Nombre de minutes de soins infirmiers (temps direct)

### ***Nature des prestations visant au retour à domicile***

- Stabilisation sur le plan médical
- Rassurer le patient
- Rassurer les proches
- Prévention des chutes à domicile
- Système d'alerte à domicile
- Suppression de médicaments
- Ajout de nouveaux médicaments
- Modification des doses prescrites

### Sortie

- Date de sortie
- Destination (domicile, EMS, hôpital, appartement)
- Prochaine visite médicale
- Prochaine visite infirmière à domicile
- Prochaine visite d'une aide-ménagère à domicile
- Prochain repas à domicile

ainsi que les **données comptables** relatives à l'UATm.

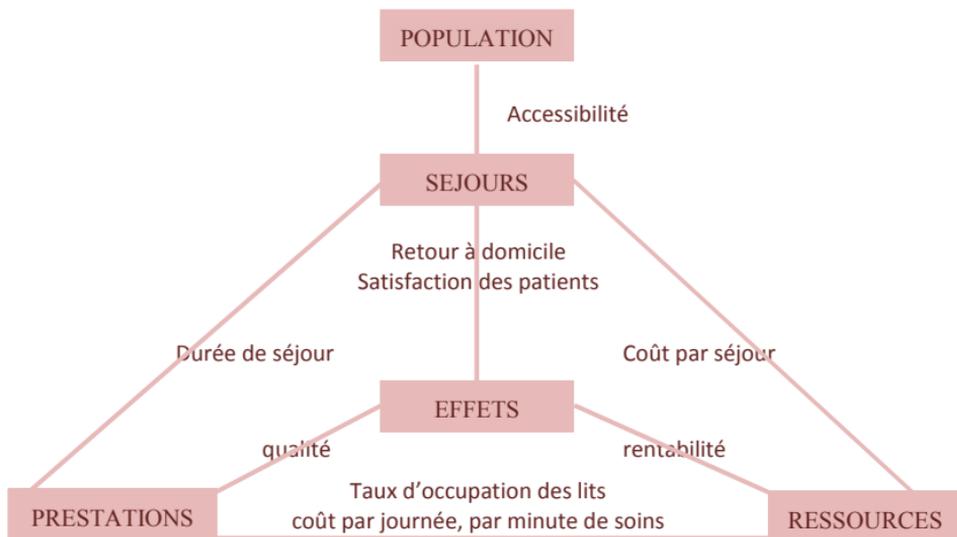
Enfin, les HUG ont fourni leur **statistique médicale**, comprenant notamment l'âge, le sexe, les diagnostics et les opérations de leurs patients, ainsi que leurs durées de séjour.

Ces informations sont nécessaires pour analyser les coûts et la rentabilité des activités de l'UATm et examiner leur financement. Par ailleurs, divers indicateurs de performance ont été calculés, en vue de comparer les prestations de l'UATm avec celles des hôpitaux et mettre en évidence d'éventuels problèmes de fonctionnement. Les indicateurs ont été construits en mettant en relation différentes entités (figure 1) :

- Population (âge et genre)
- Clients (âge et genre)
- Séjours (nombre)
- Effets (résultat comptable, transferts vers des EMS ou des hôpitaux)
- Prestations (minutes de soins, journées d'hôtellerie)
- Ressources (nombres de lits, nombre d'équivalents plein temps, montants)

Les indicateurs retenus sont définis par les ratios décrits dans le tableau 1.

Figure 1. Indicateurs de performance



Les patients ont été regroupés en fonction de la classification SQLape®<sup>1</sup>, en séparant les admissions des patients justifiant à priori un séjour à l'hôpital et ceux qui relèvent typiquement d'un accueil temporaire médicalisé (annexe A).

Les indicateurs de performance ont été calculés à partir de la méthodologie SQLape® en comparant les valeurs observées aux valeurs attendues en fonction du profil des patients pris en charge. Les valeurs attendues sont calculées en fonction des pathologies des patients, des éventuelles interventions chirurgicales ou endoscopiques, de l'âge du patient, des éventuels transferts, etc. Les pathologies aiguës sont prises en considération pour prédire les durées de séjour et les coûts attendus, alors que ce sont plutôt les pathologies malignes, chroniques ou récurrentes qui servent à prédire les taux de réadmission. La complexité des cas et l'âge du patient sont déterminants pour calculer le risque de décès prématuré.

Les durées de séjour attendues ont été calculées à partir des hôpitaux suisses n'ayant pas trop de réadmissions/réopérations potentiellement évitables, de décès prématurés et de complications iatrogènes. Des durées de séjour standard ont été calculées pour chaque pathologie et intervention chirurgicale. Les hôpitaux ayant des durées observées inférieures à ces durées standards ont été sélectionnés pour calculer les durées de séjour attendues. Ces valeurs constituent dès lors des cibles réalistes mais ambitieuses.

La durée de séjour est calculée par le nombre de jours écoulés (date de sortie – date d'entrée + 1). La date de sortie correspond au moment où les soins médicaux et infirmiers prodigués permettent un retour à domicile. Si le patient reste dans l'UATm pour des raisons de commodité ou parce qu'il faut attendre que les proches soient disponibles ou que les services à domicile soient organisés, le patient a été considéré comme transféré sous le régime UATr (accueil temporaire de répit). Ces problèmes d'interface sont décrits plus loin.

Les coûts ont été fournis par l'UATm.

Un questionnaire a été établi pour connaître la satisfaction des patients (annexe B). Les questionnaires ont été envoyés par l'UATm avec une lettre d'accompagnement et retournés de manière anonyme au mandataire.

---

<sup>1</sup>[www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

### 3. MISSION ET FONCTIONNEMENT DE L'UATm

#### 3.1 Mission

Selon le concept en matière de lit d'accueil temporaire<sup>2</sup>, l'UATm a pour but d'accueillir des patients souffrant de pathologies physiques et/ou psychiques décompensées, nécessitant une intervention et une surveillance médicale rapprochée, pour lesquelles l'hospitalisation en soins aigus ne se justifie pas, ainsi que pour des évaluations et/ou ajustement thérapeutique et/ou bilan psychogériatrique. Les admissions se font 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, avec une durée de séjour inférieure à 5 jours. Les pathologies attendues sont les chutes à domicile sans fracture, les décompensations cardiorespiratoires légères, les gastro-entérites, les bronchites, les intoxications.

De manière à faciliter l'évaluation, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été défini a priori, avant l'expérience pilote. Ainsi, pour être éligible pour un séjour en UATm, il faut remplir l'une des conditions suivantes :

- adaptation d'un traitement nécessitant une surveillance (antalgie, insuline, insuffisance cardiaque, rotation des opiacés) ;
- investigation et traitement court pour un retour rapide à domicile (impossibilité de se mobiliser suite à une chute, déshydratation, difficulté temporaire à s'alimenter, difficulté dans la prise de médicaments) ;
- traitement médical aiguë demandant une surveillance rapprochée (insuffisance cardiaque) ;
- situation médicale aiguë en présence d'un patient qui refuse une hospitalisation aux HUG ou en gériatrie ;
- indisponibilité temporaire des proches aidants, situation d'isolement dans une situation nécessitant une étroite surveillance médicale ;
- mise en place et renforcement du réseau d'aide à domicile et de soutien social dans une situation complexe ne permettant pas le maintien à domicile immédiat.

Les critères suivants excluent une prise en charge en UATm :

- la situation peut être gérée avec une visite médicale à domicile et des soins à domicile ;
- la situation peut être prise en charge par une UATr, absence de nécessité d'une intervention médicale urgente durant le séjour ;
- pathologie aiguë nécessitant un séjour en milieu hospitalier ;
- nécessité d'une surveillance médicale ou paramédicale continue ;
- nécessité d'un milieu de prise en charge fermé ;
- impossibilité de retour à domicile prévisible dès l'admission ;
- attente de placement (EMS, foyer).

---

<sup>2</sup>Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'Etat de la République et canton de Genève du 21 janvier 2009.

### 3.2 Fonctionnement de l'UATm Cité-génération

L'UATm est ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le médecin traitant et l'équipe soignante habituelle peuvent continuer à suivre leur patient pendant le séjour en UATm. Si le médecin traitant le souhaite, les médecins et infirmiers de l'UATm prennent le relai durant le séjour tout en assurant avec lui la continuité des soins.

L'UATm dispose de 7 lits. Un médecin et un infirmier sont disponibles sur place en tout moment en cas d'urgence. Les patients disposent d'une chambre individuelle équipée d'une télévision et d'une liaison wifi. Les toilettes et douches sont disponibles au sein de l'unité, mais pas dans les chambres.

Le financement est couvert par l'assurance maladie (LAMal) sous le régime ambulatoire, avec un forfait journalier négocié entre l'UATm et les assureurs couvrant les frais hôteliers et la surveillance par des soignants. Les prestations médicales et médico-techniques sont financées selon les tarifs en vigueur (TarMed, liste des analyses, etc.).

## 4. EVALUATION DE L'EXPERIENCE PILOTE

### 4.1 Description des patients pris en charge

#### 4.1.1 Patients admis

Jusqu'à la fin octobre 2013, l'UATm de Cité Générations a effectué 50 séjours de 44 patients dont certains ont été réadmis plusieurs fois (300 jours au total). L'âge moyen des patients à l'admission a été de 80 ans (écart-type de 12 ans). Les femmes ont été plus nombreuses (27) que les hommes (17). 80 % des patients disposent d'un proche-aidant à domicile durant la journée, la majorité (64%) de manière continue. Une minorité cependant (14 %) reçoit une telle aide la nuit.

La grande majorité (86 %) des patients étaient suivis par un médecin traitant au moment de leur admission, un peu plus de la moitié (54 %) recevant des soins à domicile.

Deux tiers des admissions ont eu lieu l'après-midi (entre midi et 18 heures), souvent le matin, mais seulement deux fois le soir ou la nuit. Ceci s'explique par le fait que la plupart des patients ont été référés par leur médecin traitant (deux tiers des cas) voyant les patients la journée ou par un médecin hospitalier (un tiers des cas) ayant souvent gardé à le patient dans le centre des urgences jusqu'au matin.

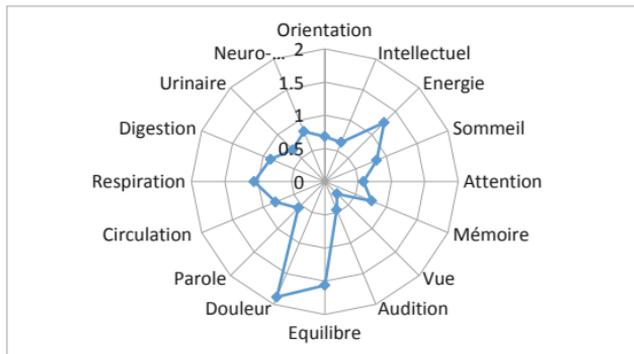
#### 4.1.2 Profil clinique

Les patients souffrent pour la plupart de pathologies chroniques (hypertension, troubles psychiatriques, diabète, insuffisance cardiaque et respiratoire), mais aussi d'infections. Les plupart des pathologies relevait de la gériatrie habituelle, avec toutefois une grande diversité (44 % des pathologies ne sont survenues qu'une seule fois durant la période considérée).

#### 4.1.3 Profil de fonctionnement

Les déficiences des patients ont été mesurées systématiquement par l'infirmière responsable avec des scores allant de 0 (pas de déficience) à 4 (perturbe en permanence la vie quotidienne). Les deux problèmes les plus fréquents ont été la douleur et les troubles de l'équilibre (figure 2).

Figure 2. Déficiences



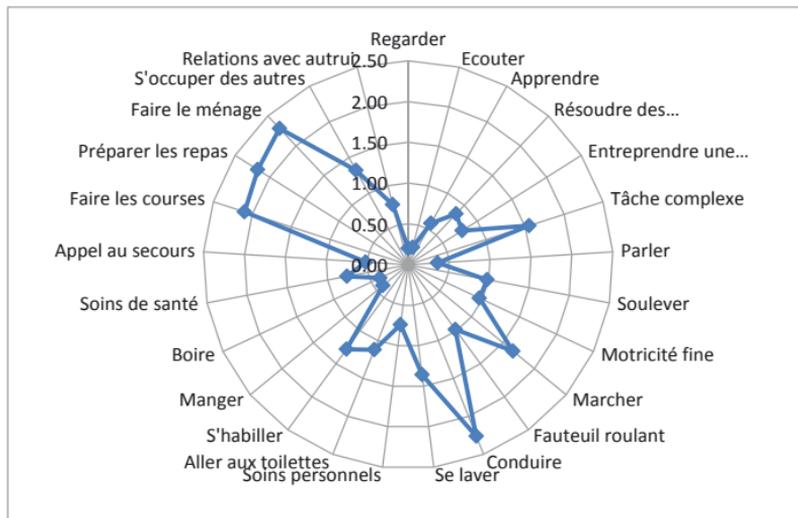
Il s'agit là d'indices intéressants sur la nature des problèmes qui amènent à hospitaliser un patient sans que son pronostic soit engagé.

#### 4.1.4 Profil de participation

Les patients pris en charge à l'UATm sont souvent en perte d'autonomie (dépendance pour faire les courses, préparer les repas et faire le ménage), plus de la moitié étant déjà suivi par les services de soins à domicile avant leur admission. En revanche, la plupart d'entre eux sont capables de s'alimenter, de boire, de s'habiller et de pourvoir à leur toilette eux-mêmes ce qui démontre qu'un retour à domicile est dans leur grande majorité envisageable (figure 3).

La plupart des items ont pu être documentés par l'infirmière responsable, mais quelques questions se sont avérées difficiles à évaluer (capacité de conduire, préparation des repas, capacité de s'occuper des autres).

Figure 3. Participation des patients



## 4.2 Description des prestations fournies

### 4.2.1 Prestations fournies pendant le séjour en UATm

Le volume moyen de prestations médicales a été de 413 points TarMed en moyenne pour chaque séjour. Les patients ont reçu en moyenne 6,3 heures de soins infirmiers directs par séjour (moins d'une heure par jour).

Ces volumes de prestations sont relativement modestes en regard de ceux habituellement fournis en milieu hospitalier, ce qui est l'un des buts visés : ne pas entreprendre des investigations inutiles et centrer les efforts sur la stabilisation de l'état de santé du patient pour rendre son retour à domicile possible.

Il convient toutefois de noter que la moitié des patients admis à l'UATm ont été suivis par leur médecin traitant habituel. Par ailleurs, le temps de surveillance infirmier n'a pas été noté, mais doit être pris en considération dans le calcul du prix de revient.

La durée moyenne de séjour a été de 6 jours soit un plus que prévu avant le démarrage de l'étude-pilote.

### 4.2.2 Préparation du retour à domicile

La grande majorité des admissions étaient liées à des risques présents au moment de l'admission (tableau 1). Pour permettre un retour à domicile en toute sécurité, il a fallu stabiliser l'état de santé du patient qui nécessitait une prise en charge médicale plus de 9 fois sur 10. Le patient et ses proches ont dû être rassurés, mais d'autres mesures ont également été prises : prévention des chutes à domicile dans trois quarts des situations, mise en place d'un système d'alerte à domicile dans un cas sur quatre. Enfin, le traitement médicamenteux a souvent dû être revu.

Ces prestations peuvent également être offertes par l'hôpital, mais le mélange de patients souffrant de problèmes aigus et urgents et de patients dont il faut préparer le retour à domicile ne permet pas toujours de mettre autant l'attention sur cette préparation.

Tableau 1. Prestations visant à préparer le retour à domicile

Types de prestations	Fréquence
Stabilisation sur le plan médical	92 %
Rassurer le patient	94 %
Rassurer les proches	92 %
Prévention des chutes à domicile	77 %
Système d'alerte à domicile	27 %
Suppression de médicaments	16 %
Ajout de nouveaux médicaments	73 %
Modification des doses prescrites	55 %

Les autres soutiens apportés ont été la mise en place d'un suivi à domicile pour des soins infirmiers, des aides ménagères, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, un appui pour aider une patiente à gérer son insuline seule, trouver une « dame de compagnie », mettre des bandes de contention, acquérir une chaise percée, mais parfois également pour offrir du répit aux proches aidants ou leur permettre de s'organiser pour offrir une aide plus fréquente ou visiter un EMS.

### 4.3 Indicateurs de performance

Une cinquantaine de patients ont été admis entre la fin mai et la fin octobre 2013, ce qui ne représente probablement qu'une partie des patients susceptibles de bénéficier d'un séjour en UATm. L'information au réseau sanitaire ayant pris plus de temps que prévu en raison de la nouveauté de cette prestation.

En 2012, le nombre de séjours « non justifiés » aux HUG était d'environ 10 %, dont 1332 étaient des candidats à la chirurgie d'un jour et 3'308 autres séjours. Parmi ces derniers 1'487 ont été pris en charge par le seul centre des urgences ou par le département de médecine. Si l'on exclut les patients de moins de 50 ans, il reste 787 patients. Si l'on applique les critères d'éligibilité en UATm décrits dans le chapitre méthodologique, on obtient finalement 615 séjours.

Si l'on se limite à ces 615 séjours « non justifiés » et que l'on applique une durée de séjour de cinq jours en moyenne et un taux d'occupation des lits de 85 %, on obtient un besoin de lits d'UATm de 10 lits. Parmi ces 10 lits, 2 seraient occupés par des patients résidents dans les communes environnantes d'Onex, les autres concernant des patients domiciliés ailleurs (tableau 2).

Tableau 2. Répartition géographique des patients éligibles pour un séjour en UATm

Communes (régions MedStat de l'OFS)	Nombre de patients	Proportion	Lits
Onex et environs (GE10, GE11, GE16, GE22, GE23) : 1212 Grand-Lancy, 1213 Petit-Lancy, 1219 Le Lignon, 1228 Plan-les-Ouates, 1232 Confignon, 1233 Bernex	123	20 %	2
Autres communes du canton de Genève	423	69 %	7
Régions non genevoises	69	11 %	1
<b>Total</b>	<b>615</b>	<b>100 %</b>	<b>10</b>

Il est intéressant d'observer que la majorité des patients (82 %) pris en charge par l'UATm ont été admis pour des pathologies nécessitant en principe des soins hospitaliers. Ceci est rassurant pour les assureurs dans la mesure où les lits d'UATm ont été utilisés par des patients qui ne pouvaient clairement pas être suivis sur un plan purement ambulatoire. Mais cette proportion est plus élevée qu'attendu au démarrage du projet. Ceci s'explique probablement pour plusieurs raisons complémentaires :

- nombreux patients préfèrent l'UATm plutôt qu'une hospitalisation (mauvaise expérience, éloignement des proches,...) ;
- la présence d'un centre d'urgence ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec un plateau technique complet (radiologie, laboratoire, médecins spécialistes) qui permet des prises en charge lourde ;
- la demande insistante de plusieurs EMS proches pour admettre des situations médicales complexes afin d'éviter une hospitalisation ;

- le nombre de patients sortis des HUG très récemment dont les médecins traitants ou imad considèrent qu'une nouvelle hospitalisation ne résoudra pas la situation clinique et préfèrent une autre solution ;
- un problème médical complexe sous-estimé ou révélé lors de l'hospitalisation ;
- des demandes de soins palliatifs de proximité.

Les performances de l'UATm sont indiquées dans le tableau 3.

Tableau 3. Indicateurs de performance

Valeurs	Observé	Attendu	min.	max.	ratio
Durée de séjour	6.0	7.1	6.8	7.3	0.93
Coût	3'000*	7'130	6'807	7'453	
Réadmissions potentiellement évitables	0 %	6,0 %	5,5 %	6,7 %	0.00
Décès prématuré	0 %	4,7 %	4,4 %	4,9 %	0.00
Complication iatrogènes	2 %	7,0 %	6,1 %	7,8 %	0.29

\*voir calculs détaillés dans la section 4.4

La durée de séjour est plus courte qu'attendue<sup>3</sup> si l'on tient compte de la lourdeur des cas. Trois patients sont restés 10 jours ou plus (maximum 15), mais la plupart sont restés entre 4 et 8 jours.

Il faut toutefois tenir compte du fait que certains patients ont bénéficié d'un séjour de type « UATr » (accueil temporaire de répit), en attendant que des proches aidants ou les services à domicile puissent prendre le relai. Les prestations médicales et de soins étaient alors réduites à ce que l'on peut attendre de services à domicile ; les patients ont alors été informés qu'une prolongation de séjour entraînait un changement de statut et qu'une participation financière de type UATr (98.- francs par jour) leur serait demandée.

Les coûts de l'UATm sont pratiquement deux fois moindres que les coûts attendus<sup>4</sup>.

Certains patients ont été réadmis, mais aucune réadmission potentiellement évitable n'a été détectée. De même, deux patients sont décédés, mais aucun prématurément : ils ont été considérés comme des fins de vie par l'outil SQLape®.

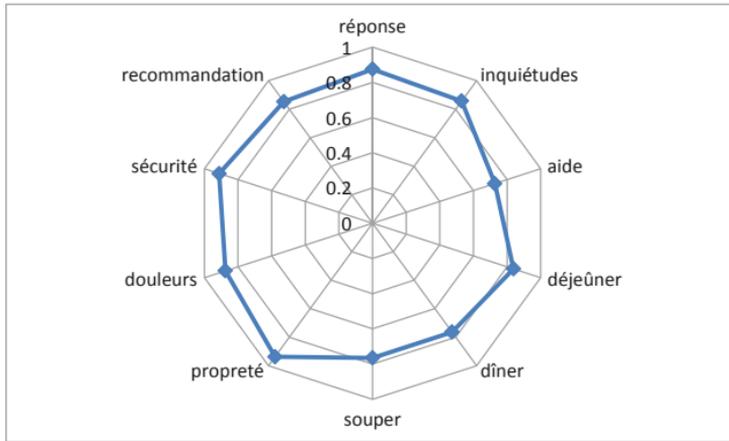
Le taux de complications iatrogènes est inférieur au taux attendu, mais cela pourrait s'expliquer par un codage moins systématique que dans les hôpitaux.

En principe, les séjours en UATm visent à maintenir les patients à domicile lorsque c'est possible. Toutefois, ceci s'est révélé impossible dans 8 % des cas (transfert en EMS) en raison d'une trop forte dépendance des patients. 3 patients (6 %) ont été transférés aux HUG, pour y recevoir des soins plus aigus et des investigations plus pointues.

<sup>3</sup>Durée de séjour calculée en fonction des pathologies des patients, dans un collectif d'hôpitaux suisses performants (voir chapitre méthodologique). Il s'agit de cibles ambitieuses, non atteintes par la moitié des hôpitaux suisses.

<sup>4</sup>Coûts calculés en fonction des pathologies des patients, dans le même collectif d'hôpitaux suisses utilisé par SwissDRG. Ces coûts correspondent aux coûts observés en moyenne dans ces hôpitaux en 2010.

Figure 3. Satisfaction des patients



Dans l'ensemble les patients se sont montrés satisfaits sur tous les points (figure 3). En donnant un score de zéro aux modalités de réponse les moins bonnes et de un aux meilleures, le score moyen a été de 0.85, répartis ainsi :

- personne très mécontente : 1
- personne insatisfaite (score de 3,6) : 1
- personnes satisfaites (scores de 0.75 à 0.99) : 5
- personnes très satisfaites (score de 1) : 10

Les points faibles sont les repas chauds (« pas toujours à l'heure », pas toujours aux goûts de chacun) et l'aide qui n'a pas toujours été apportée rapidement.

Les commentaires sont généralement élogieux envers le personnel infirmier et les médecins (« remarquable », « gentillesse », « bravo à toute l'équipe », « soins parfaits », « accueil », « qualité », « empathie » et « compétence », « tout s'est bien passé », « dommage de ne pas avoir pu rester plus longtemps »).

Les critiques sont peu nombreuses et touchent les points suivants :

- lieu inadapté pour des soins à une personne très agitée jour et nuit ;
- locaux mal adaptés aux personnes à mobilité réduite ;
- un seul micro-onde pour réchauffer 5-6 plats.

## 4.4 Rentabilité

Tableau 4. Comptes d'exploitation (francs) pour 365 jours

Nature des charges	Montant annuel
Salaire ASSC	408'000
Salaire 30 % infirmière	28'783
Loyer	67'740
Nettoyage	24'000
Autres frais	19'756
<b>FRAIS FIXES</b>	<b>548'279</b>
Total/chambre	78'326
<b>Total/jour (calculé pour un taux d'occupation de 70 %)</b>	<b>307</b>
Repas	30
Lingerie	25
<b>FRAIS/JOUR</b>	<b>55</b>
<b>Total/JOUR</b>	<b>362</b>

Les dépenses pour l'hôtellerie et la surveillance infirmière des patients sont en moyenne de 362 francs /jour si l'on table sur un taux d'occupation de 70 %.

Le coût médical a été en moyenne de 415 francs par séjour (facturation TARMED, part médicale et technique, du médecin), soit environ 70 francs par jour. Si l'on ajoute 40 francs/jour d'autres frais (laboratoire, physiothérapie, etc.) et 30 francs/jour pour l'organisation, la coordination et la gestion des cas complexes, on obtient un coût par jour total de 502 francs.

Avec une durée moyenne de 6 jours, le coût du séjour serait donc de 3'000 francs, soit nettement moins que le coût attendu (coût « suisse » calculé en tenant compte de la lourdeur des cas hospitalisés).

### 3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'expérience pilote a démontré la faisabilité d'une unité d'accueil temporaire médicalisée dans des conditions de sécurité acceptable. La proximité d'un plateau médico-technique complet est un atout pour assurer un diagnostic rapide ; la connaissance du patient par le médecin traitant habituel permet également d'aller directement à l'essentiel sans déclencher des prestations inutiles.

La spécificité de l'UATm a été d'organiser d'emblée le retour à domicile par des prestations de liaison ambulatoire (effectuée par le personnel de Cité Générations). L'absence de réadmission potentiellement évitable, l'absence de décès prématurés et le faible nombre de complications suggèrent que les soins médicaux et infirmiers ont été adéquats. La satisfaction des patients est généralement bonne.

L'expérience et l'analyse ont mis en évidence la difficulté de savoir à l'avance si l'hospitalisation sera « justifiée » ou non. Il paraît inévitable qu'une partie des patients pris en charge corresponde à de « vraies » hospitalisations. Par ailleurs, la quantité de patients éligibles pour un séjour en UATm est trop faible si on se limite aux seules « hospitalisations non justifiées » et aux patients résidant dans les communes avoisinantes de Cité Générations (occupation de 2 lits).

Il s'agirait donc d'étendre le bassin de recrutement à toutes les communes genevoises de la rive droite du Rhône. Pour y parvenir, une collaboration étroite devrait être établie avec les HUG pour s'assurer que les patients susceptibles de bénéficier d'une structure intermédiaire soient adressés rapidement à l'UATm. En outre, les médecins installés n'ont pas été suffisamment sensibilisés à la possibilité de suivre leurs patients en UATm et on peut également s'attendre à ce qu'ils envoient plus de cas à l'UATm à l'avenir.

L'idéal serait de parvenir à une proportion de 50 % d'hospitalisations « non justifiées » prises en charge à l'UATm, les autres cas étant des « hospitalisations justifiées » où les médecins installés et de Cité Générations peuvent suivre leurs patients dans un souci de continuité des soins sans refaire toutes les investigations.

La création d'un autre UATm sur l'autre rive du Rhône permettrait d'offrir le même type de prestations à la population âgée (Hôpital des Trois Chêne ?). L'avantage serait alors de préserver la proximité des soins et d'obtenir ainsi des coûts d'hospitalisation moins élevés.

L'expérience pilote a par ailleurs montré que certains patients n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité rentrer tout de suite à leur domicile alors qu'ils ne nécessitaient plus de soins médicaux. Il s'agissait de situations diverses, comme des attentes de placement en EMS, des patients ne pouvant compter tout de suite sur l'appui de leurs proches ou dont le retour en toute sécurité devait être préparé par les services à domicile. Dans d'autres cas, les patients avaient simplement besoin d'un peu de convalescence ou de réadaptation pour retourner chez eux dans de bonnes conditions.

Durant la phase pilote, ces journées ont été considérées comme du répit, avec une participation de 98 francs par jour à leur charge par analogie avec les UATr existants sur le canton. Cette manière de faire est acceptable dans la mesure où le séjour n'était plus justifié par des critères médicaux, mais elle pose la question de l'équité par rapport à des patients

admis aux HUG puis transférés en réadaptation par exemple sans avoir à payer cette participation.

A l'avenir, on pourrait imaginer que l'UATm soit considérée comme une unité de soins intermédiaires bénéficiant d'un statut mixte :

- séjours UATm (correspondant aux séjours non justifiés définis selon l'annexe A), financés par un forfait de 210 francs par jour pour les assureurs et 260 francs par jour par une subvention de l'Etat pour couvrir le déficit<sup>5</sup> ;
- séjours hospitaliers justifiés, financés selon le système SwissDRG à un prix du point sensiblement plus bas que celui des HUG mais permettant de couvrir les charges ;
- les attentes de placement en EMS seraient financées le cas échéant de la même manière que pour les hôpitaux.

On ne modifierait ainsi pas la définition de l'accueil temporaire de répit dont le but principal est de soulager les proches aidants pour éviter leur épuisement, ce qui n'est pas le cas ici puisqu'il s'agit plus souvent de mettre en route une telle relation d'aide. On éviterait ainsi également un traitement inéquitable par rapport aux patients hospitalisés.

Il paraîtrait utile de poursuivre l'expérience en cherchant à améliorer ces points faibles :

- augmenter la proportion de patients correspondant à des hospitalisations évitables en poursuivant l'information aux médecins traitants, aux services de soins à domicile et à la population régionale;
- réitérer l'information faite aux médecins traitants de la région de la possibilité de suivre leurs patients dans l'UATm ;
- améliorer l'interface avec les soins à domicile pour organiser un retour plus tôt ;
- informer les urgences des HUG de cette alternative et organiser le transport depuis l'hospitalisation provisoire à l'UATm ;
- fixer des règles de facturation explicites pour les activités de l'UATm ;
- étudier les modalités de transport entre les HUG et l'UATm en cas de transfert.

---

<sup>5</sup>On admet ici que le coût par jour est légèrement moins élevé pour les séjours « non justifiés » et une participation d'environ 45% des coûts par les assureurs maladie.

## Annexe A. Séjours éligibles en UATm

Pour se faire une idée de la part de marché potentielle des UATm, on peut se fonder sur quelques hypothèses appliquées à l'année 2012. Les patients ne pouvant être pris en charge sur un plan ambulatoire, ils ont probablement été hospitalisés aux HUG sans qu'une pathologie ou une opération ne justifie un séjour hospitalier (voir liste plus bas). L'ensemble des séjours restant sont considérés comme des hospitalisations « non justifiées ». Parmi ces dernières, seules les séjours relevant de la médecine des personnes relativement âgées ont été retenus : âge > 50 ans, département de médecine (M100) et des urgences (M000). Les patients relevant de la chirurgie, de la gynécologie-obstétrique, de la pédiatrie, de la psychiatrie, de la réadaptation et des soins intensifs sont ainsi exclus.

Des critères d'exclusion supplémentaires ont été appliqués :

- patients dont la symptomatologie pourrait nécessiter une intervention chirurgicale : douleurs abdominales et thoraciques, nausées et vomissements, hématurie, torsion du testicule, corps étranger dans les voies digestives par exemple ;
- patients nécessitant une surveillance médicale et infirmière continue: syncope et collapsus, épilepsie, dyspnée, bradycardie, convulsions, troubles de la conscience, encéphalopathie, accidents de transport, bronchiolites aiguës, asthmes (selon la sévérité) ;
- les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcoolisme, tentatives de suicide, épisode dépressif qui nécessitent des lieux de soins adaptés ;
- les séjours justifiant une prise en charge spécialisée : leucémies, patients transplantés, observation de certaines affections du système nerveux, anémie à hématies falciformes, etc.

Les séjours restant sont considérés comme éligibles pour un accueil temporaire médicalisé.

### Liste des affections justifiant un séjour à l'hôpital (plus de 24 heures) :

B+nZ	Nouveau-né avec problème majeur	C-oC	Occlusion d'une artère carotide ou cérébrale
B-nA	Nouveau-né sans problème	C-oG	Autre thrombo-embolie
B-nB	Nouveau-né de 2000-2199 g	C-oV	Thrombo-embolie des membres
B-nC	Nouveau-né de 1500-1999 g	C-sC	Autre ischémie aiguë du cœur
B-nD	Nouveau-né de 1000-1499 g	C-sV	Gangrènes
B-nE	Nouveau-né de 600-999 g	C-zA	Arythmie cardiaque
B-nX	Intoxication néonatale	C-zC	Autre affection cardiaque
B-nZ	Nouveau-né avec problème mineur	C-zG	Autre affection des gros vaisseaux
C+fV	Hypertension sévère	C-zV	Autres affections des vaisseaux
C+sC	Infarctus aigu du myocarde	D+iI	Ulcère gastro-intestinal compliqué
C-aC	Malformation cardiaque majeure	D-dD	Hémorragie digestive non classée ailleurs
C-dC	Insuffisance cardiaque	D-dI	Diverticule compliqué ou fistule intestinale
C-dG	Autre anévrisme	D-iC	Entéro-colite inflammatoire
C-dH	Anévrisme rompu des gros vaisseaux	D-iD	Infection digestive spécifiée
C-fC	Choc	D-iP	Péritonite
C-iC	Inflammation du coeur		

D-oi	Occlusion intestinale	R-dK	Fibrose kystique
D-zH	Hernie sans complication	R-dP	Maladie interstitielle du poumon
D-zT	Autre affection de l'intestin grêle	R-dR	Autres insuffisances respiratoires
D-zZ	Autre affection digestive	R-fr	Insuffisance respiratoire aiguë
E+dD	Diabète avec complication	R-iP	Autre infection pulmonaire
F-iO	Infection de l'ovaire et des annexes	R-sP	Embolie pulmonaire
F-pA	Accouchement	R-tT	Traumatisme thoracique
F-pG	Grossesse	R-zZ	Autre affection pulmonaire
F-pP	Risque d'accouchement prématuré	S+dI	Syndrome d'immuno-déficience acquise
F-pV	Avortement	S+iZ	Infection sévère
H-dH	Cirrhose hépatique	S-dL	Agranulocytose ou aplasie médullaire
H-dP	Pancréatite chronique	S-dS	Cachexie
H-iB	Cholécystite ou angiocholite	S-fM	Affection métabolique ou de la thermorégulation
H-iH	Hépatite ou abcès du foie	S-ft	Coagulation intravasculaire disséminée
H-iP	Pancréatite aiguë	S-iS	Septicémie sans complication
H-oB	Obstruction biliaire non compliquée	S-iZ	Infection bactérienne
H-zH	Autre affection hépatique	S-zT	Autres troubles de la coagulation
L+dO	Dégénérescence osseuse sévère	T+iS	Abcès de la peau
L+iL	Inflammation sévère de l'appareil locomoteur	T+tT	Brûlure du troisième degré ou étendue
L-dV	Dégénérescence vertébrale	T-dD	Ulcère de décubitus
L-iO	Infection de l'appareil locomoteur	T-dS	Ulcère de la peau
L-tC	Fracture du bassin	T-iB	Dermatose bulleuse étendue
L-tT	Traumatisme de la tête	T-tT	Plaie et autre brûlure non superficielles
L-tV	Traumatisme de la colonne vertébrale	U+iU	Infection urinaire sévère
L-tZ	Autre traumatisme sévère	U-dR	Néphropathie chronique
L-zC	Autre affection de la colonne	U-dT	Insuffisance rénale terminale
N+tC	Traumatisme cérébral sévère	U-fr	Néphropathie aiguë
N-bC	Tumeur bénigne du cerveau	U-oU	Obstruction des voies urinaires
N-dM	Paralysie étendue	U-zV	Affection de la vessie
N-hC	Hémorragie cérébrale non traumatique	Y-iO	Infection de l'œil
N-iC	Encéphalite et méningite	Y-tO	Traumatisme de l'œil
N-iM	Syndrome de Guillain-Barré	Y-zP	Affection de la chambre postérieure de l'œil
N-oC	Hydrocéphalie	Z+zX	Intoxication
N-sC	Accident vasculaire cérébral	Z-cN	Complication chez un nouveau-né
N-sT	Ischémie cérébrale transitoire	Z-fD	Don d'organe
N-tC	Traumatisme cérébral mineur	Z-tZ	Traumatisme du rein ou d'un organe interne non spécifié
N-zC	Autre affection du cerveau	Z-zG	Rejet de greffe
N-zM	Affection de la moelle épinière	Z-zR	Réadaptation et soins palliatifs
O+iO	Infection ORL sévère		
P+xS	Abus de substances, avec complication		
P-fH	Psychose, hallucination et délire		
P-zA	Anorexie mentale		

### Liste des opérations justifiant un séjour à l'hôpital (plus de 24 heures) :

ABD2	Cure de hernie ombilicale sans prothèse	CRA2	Opération du crâne
ABD3	Cure de hernie de la paroi abdominale, unique	CRU2	Opération mineure de la jambe
ABD4	Cure de hernie de la paroi abdominale, bilatérale	CRU3	Autre opération majeure de la jambe
ABD5	Opération majeure de la paroi abdominale	CRU4	Amputation du membre inférieur
ANP2	Autre opération de stomie intestinale	CUT3	Greffe de peau, sans lambeau
ANU4	Opération majeure de l'anus	CUT4	Greffe de peau, avec lambeau
APP2	Opération de l'appendice	DIA2	Opération du diaphragme
ARC3	Pontage aorto-coronarien	DIG3	Opération majeure des doigts
ART2	Opération mineure d'une articulation	FAC2	Opération mineure des os de la face
ART3	Opération majeure d'une articulation	FAC3	Opération majeure des os de la face
AUE4	Opération majeure de l'oreille interne ou moyenne	GEN4	Opération chirurgicale du genou
AUE5	Implant cochléaire	GVA2	Opération des gros vaisseaux sans suppléance
BIL2	Cholécystectomie laparoscopique	GVA3	Opération des gros vaisseaux avec suppléance
BIL4	Cholécystectomie chirurgicale	HEP3	Opération majeure du foie
BIL5	Autre opération chirurgicale des voies biliaires	HEP4	Transplantation du foie
BRA3	Autre opération de l'avant-bras	HYP2	Opération de l'hypophyse
BRA4	Autre opération du bras	INC3	Opération majeure du gros intestin, sauf colostomie
BUC3	Opération majeure de la bouche	INC4	Colostomie
CAP3	Opération majeure de la chambre postérieure	INT3	Autre opération majeure de l'intestin grêle
CER2	Opération mineure du cerveau	INT4	Résection ou anastomose de l'intestin grêle
CER3	Opération majeure du cerveau	LAR3	Opération majeure du larynx
COL2	Opération mineure de la colonne vertébrale	LIE2	Opération de la rate
COL3	Opération majeure de la colonne vertébrale	LYM3	Excision radicale des ganglions
CON3	Greffe de cornée	MAM2	Opération mineure du sein
COR2	Opération cardiaque, sans suppléance	MAM3	Résection du sein sans évidement ganglionnaire
COR3	Opération cardiaque, avec suppléance	MAM4	Résection du sein avec évidement ganglionnaire
COR4	Transplantation du cœur	MAM5	Reconstruction du sein
COX2	Réduction fermée de luxation de la hanche	MAN3	Opération majeure de la main
COX3	Opération mineure de la hanche	MUS2	Excision ou suture des muscles
COX4	Opération majeure de la hanche, sauf prothèse	MUS3	Autre opération des muscles
COX5	Prothèse de hanche	NAS2	Contrôle d'epistaxis
		NAS4	Opération majeure du nez
		NER3	Opération d'un nerf
		OCU3	Opération majeure du globe oculaire
		OES2	Opération mineure de l'oesophage
		OES3	Opération majeure de l'oesophage

ORB2	Opération de l'orbite	SPI3	Opération majeure de la moelle épinière
OSS3	Ablation de matériel d'ostéosynthèse	STO3	Autre opération chirurgicale de l'estomac
OSS4	Excision d'os non spécifié	STO4	Gastrostomie
OSS5	Autre opération d'un os non spécifié	STO5	Réssection ou anastomose de l'estomac
OSS6	Fixateur externe	TES3	Réssection ou excision des testicules
OVA2	Opération mineure de l'ovaire	THM2	Opération du thymus ou du médiastin
OVA3	Opération majeure de l'ovaire	THO2	Opération du thorax
PAN2	Opération du pancréas	THR3	Opération de la thyroïde ou des parathyroïdes
PAR2	Césarienne	TRA2	Assistance ventilatoire
PED3	Opération majeure du pied	TRA3	Trachéostomie
PED4	Amputation d'orteil	TRA4	Opération de la trachée, sauf trachéostomie
PEN3	Autre opération du pénis	TRA5	Assistance ventilatoire lourde
PER2	Opération du péritoine	URE3	Opération chirurgicale de l'uretère
PHA3	Opération majeure du pharynx	URT3	Opération chirurgicale de l'urètre
PRO2	Opération endoscopique de la prostate	UTE3	Opération majeure de l'utérus
PRO3	Opération chirurgicale de la prostate	VAG2	Opération du vagin
PUL2	Opération par bronchoscopie	VAL2	Opération de valve cardiaque
PUL3	Opération mineure du poumon	VAS4	Circulation extra-corporelle
PUL4	Opération majeure du poumon	VAS5	Opération majeure des petits vaisseaux, sauf reconstruction
PUL5	Transplantation de poumon	VAS6	Reconstruction des petits vaisseaux
REC2	Opération mineure du rectum	VES3	Opération majeure de la vessie, sauf reconstruction
REC3	Opération majeure du rectum	VES4	Reconstruction de la vessie
REN3	Opération mineure du rein	VES5	Cystectomie radicale
REN4	Opération majeure du rein	VUL3	Autre opération de la vulve
REN5	Transplantation de rein		
SAL2	Opération des glandes salivaires		
SCA2	Opération de l'épaule		
SCA3	Prothèse de l'épaule		
SIN2	Opération des sinus		

### Liste des opérations candidates à la chirurgie d'un jour (moins de 24 heures)

OSS2	Biopsie osseuse	TES2	Opération des testicules
PAL2	Opération de la paupière	THR2	Biopsie de la thyroïde
PED2	Opération mineure du pied	TON2	Opération des amygdales ou végétations
PEN2	Circoncision	URE2	Opération endoscopique de l'uretère
PHA2	Opération mineure du pharynx	URT2	Opération endoscopique de l'urètre
REN2	Dialyse rénale	UTE2	Opération mineure de l'utérus
SAN2	Opération de la moelle osseuse	VAS1	Autre artériographie ou cathétérisme
SPI2	Opération mineure de la moelle épinière	VAS2	Cure de varices des membres
STO1	Endoscopie de l'estomac		
STO2	Opération endoscopique de l'estomac		

VAS3	Autre opération mineure de petits vaisseaux	CON2	Opération de la conjonctive
VES2	Opération endoscopique de la vessie	COR1	Cathétérisme ou angiographie cardiaque
VUL2	Incision ou excision de la vulve	CRY2	Opération du cristallin
THM1	Médiastinoscopie	CUT1	Opération mineure des téguments
NER1	Injection dans un nerf	CUT2	Débridement
OSS1	Réduction fermée	DEN2	Autre opération des dents
SAN1	Transfusion	DIG2	Opération mineure des doigts
ABD1	Laparoscopie	GEN2	Excision de lésion du genou
ANU2	Opération des hémorroïdes	GEN3	Autre opération arthroscopique du genou
ANU3	Opération mineure de l'anus	HEP2	Opération mineure du foie
ARC1	Artériographie ou thrombolyse coronaire	INC2	Opération mineure du gros intestin
ARC2	Opération endovasculaire des coronaires	INT2	Opération mineure de l'intestin grêle
AUE2	Opération du tympan	LAR2	Opération mineure du larynx
AUE3	Opération mineure de l'oreille	LYM2	Autre opération des ganglions
BIL1	Endoscopie des voies biliaires	MAN2	Opération mineure de la main
BIL3	Opération endoscopique des voies biliaires	NAS3	Autre opération du nez
BUC2	Opération mineure de la bouche	NER2	Libération du canal carpien
CAA2	Opération de la chambre antérieure	OCU2	Opération du globe oculaire
CAP2	Opération mineure de la chambre postérieure		

## Annexe B. Questionnaire de satisfaction (UATm)

Les items ont été tirés du questionnaire appliqué par les HUG

1. Quand vous avez posé des questions importantes à un(e) médecin, vous a-t-il (elle) répondu clairement ? *(merci de cocher une seule case)*

- Oui, toujours  
 Oui, parfois  
 Non  
 Je n'ai pas posé de question

2. Si votre état de santé ou votre traitement vous ont donné des inquiétudes ou des craintes, est-ce que vous avez pu en parler avec un(e) soignant(e) ? *(merci de cocher une seule case)*

- Oui, toujours  
 Oui, parfois  
 Non, jamais  
 Je n'ai eu ni inquiétude ni crainte

3. Lorsque vous aviez besoin d'aide pour manger, vous laver ou aller aux toilettes, est-ce que vous l'avez obtenue en temps voulu ? *(merci de cocher une seule case)*

- Oui, toujours  
 Oui, parfois  
 Non  
 Je n'ai pas eu besoin d'aide

4. Les repas servis ont-ils été à votre goût ? *(Veuillez s.v.p. cocher une case pour chaque repas)*

	Matin	Midi	Soir
Toujours			
Très souvent			
Souvent			
Parfois			
Jamais			
Sans opinion			

5. Comment jugez-vous la propreté des sanitaires (toilettes, lavabos, douches) ? *(merci de cocher une seule case)*

- Totalelement propre  
 Propre en partie  
 Pas du tout propre

6. Pensez-vous que le personnel de l'hôpital ait fait tout son possible pour calmer vos douleurs ? *(merci de cocher une seule case)*
- Oui, tout à fait
  - Oui, en partie
  - Non
  - Je n'ai pas eu mal
7. Dans l'ensemble, avez-vous eu le sentiment d'avoir été soigné en toute sécurité ? *(merci de cocher une seule case)*
- Oui, tout à fait
  - Oui, en partie
  - Non
8. Est-ce que vous recommanderiez l'UATm Cité Générations, à vos amis ou à votre famille ? *(merci de cocher une seule case)*
- Oui, tout à fait
  - Oui, probablement
  - Non

N'hésitez pas à nous faire part de vos propositions d'amélioration ou de vos commentaires !

**Merci !**

UNITE D'ACCUEIL TEMPORAIRE DE REPIT (UATr)  
Evaluation de l'exercice 2012

RAPPORT FINAL

Yves Egli

Mandat du département de l'économie, des affaires sociales et de la santé du canton de Genève - DEAS

## Table des matières

1. Introduction	
1.1 Contexte.....	3
1.2 Buts et objectifs du mandat.....	3
1.3 Personnes contactées.....	4
2. Données et méthodes.....	5
3. Mission et fonctionnement des UATr	
3.1 Mission des UATr.....	9
3.2 Villereuse.....	10
3.3 Jumelles.....	10
3.4 Joli-Mont.....	11
3.5 Montana.....	11
4. Evaluation de l'exercice 2012	
4.1 Accessibilité.....	12
4.2 Couverture en lits.....	13
4.3 Fractionnement.....	14
4.4 Durée de répit.....	14
4.5 Durée de séjour.....	15
4.6 Productivité	
4.6.1 Taux d'occupation des lits.....	15
4.6.2 Coût de la journée.....	17
4.6.3 Coût de la minute de soins.....	17
4.7 Taux de transfert.....	18
4.8 Coût du répit.....	19
4.9 Rentabilité.....	19
4.10 Qualité des prestations.....	20
4.11 Interface avec les autres fournisseurs de prestations.....	22
5. Conclusion et recommandations.....	23

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Contexte

Les familles et les proches de personnes dépendantes peuvent obtenir un peu de répit, en les confiant pour des périodes de 5 à 45 jours/an (renouvelables sur dérogation) à une unité d'accueil temporaire de répit (UATr) agréée par le département de l'emploi, de l'action sociale et de la santé (DEAS) (anciennement DARES). Le but est de soulager temporairement les proches aidants ou les soignants, de manière à prolonger le maintien à domicile qui pourrait sinon être mis en péril par épuisement. Les dispositions légales concernant les UATr sont mentionnées dans le RSDom<sup>1</sup> (Section 3).

Le DARES dispose de quatre UATr en 2012 :

- Jumelles (9 lits), ouvert en 2010
- Villereuse (29 lits), ouvert en 2011
- Joli-Mont (5 lits), ouvert en 2007<sup>1</sup>
- Montana (1 lit), ouvert en 2007<sup>2</sup>.

## 1.2 Buts et objectifs du mandat

Le but du mandat est d'évaluer l'activité des UATr de l'exercice 2012. S'agissant de structures nouvelles, il est normal que des ajustements soient effectués et le présent mandat a pour but de faciliter les améliorations lorsqu'elles sont possibles.

Les objectifs fixés par le DEAS sont :

1. évaluer la pertinence des critères d'admission et leur application au vu des besoins des clients, de leurs proches aidants et du réseau sanitaire ;
2. évaluer l'adéquation des prestations délivrées par l'Institution genevoise de maintien à domicile (imad) et les cliniques de Joli-Mont et de Montana en regard des besoins des personnes accueillies ;
3. détailler les modalités d'exploitation (coût, financement, ressources humaines, etc.) ;
4. établir une comparaison globale de la prise en charge en UATr selon les différentes structures au plan des coûts, des financements et de la nature des prestations ;
5. évaluer l'insertion (degré de complémentarité des UATr dans le réseau de soins hospitaliers et domiciliaires ainsi que la fluidité des prises en charge lors du passage d'une structure à l'autre (gestion des interfaces) ;
6. évaluer si les besoins des UATr répondant à une logique de maintien à domicile sont couverts (localisation et nombre) ;
7. évaluer la pertinence de développer des UATr répondant à une logique médico-sociale ;
8. faire des recommandations d'amélioration.

<sup>1</sup>Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile du 16 décembre 2009 (RSDom ; K 1 06.01)

<sup>2</sup>Les dotations des cliniques de Joli-Mont et Montana étaient initialement plus hautes, respectivement de 8 et 6 lits (cf. Arrêté du 24 juillet 2006 du Département de l'économie et de la santé).

### 1.3 Personnes contactées

Pour préparer son évaluation, le mandataire a eu des contacts avec les personnes suivantes (par ordre alphabétique) :

- M. Jean-Pierre Blanc, directeur de la clinique Montana
- Mme Marie Da Roxa, directrice des prestations imad (institution genevoise de maintien à domicile)
- M. Alain Descosterd, directeur administratif et financier de imad
- Dr Emilia Frangos, médecin-chef de la clinique de Joli-Mont
- M. Frédéric Lejuste, directeur des structures intermédiaires et prestations centralisées de imad ;
- Mme Florence Moine, directrice des prestations de imad
- Mme Nathalie Monnet, responsable des équipes UATR de imad
- M. Bernard Rosset, directeur de la clinique de Joli-Mont
- Mme Dominique Tritten, présidente de la commission médicale de la clinique Joli-Mont
- Mme Sabine von der Weid, présidente des cliniques de Joli-Mont et Montana

Le mandataire exprime ici toute sa gratitude à toutes ces personnes pour leur disponibilité, leurs réponses rapides et précises aux demandes d'information et les nombreuses suggestions qu'elles ont émises en vue d'améliorer les prestations fournies en UATR.

Les documents consultés sont les suivants :

- Busnel C, Petout V, Moine F. Conditions d'admission en UATR. imad, Carouge, 2012.
- Formulaire d'admission pour séjour en UATR. imad, Carouge, 2012.
- Télécopie pour une demande de séjour en UATR. imad, Carouge, 2012.
- La lettre-type de confirmation du séjour en UATR (imad)
- Le récapitulatif des séjours en UATR (dérogation pour la prolongation d'un séjour, imad)
- La lettre-type de confirmation d'une dérogation (imad)
- Evaluation du résidant pour un court séjour (« RAI-court séjour », document imad)
- Déclaration des besoins en soins ambulatoires « OPAS in house » (imad)
- Diagramme des responsabilités imad relative aux séjours en UATR
- Fiches techniques relative à l'architecture et à l'aménagement d'un UATR (imad)
- Rapport d'activité 2012 des UATR de imad
- Rapport d'activité 2012 de l'UATR de Joli-Mont (Dr E. Frangos)
- Statistique d'activité UATR 2012 (imad)
- Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015
- Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, rapport intermédiaire (DARES, 2012)
- Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'Etat de la République et canton de Genève du 21 janvier 2009
- Arrêté du 24 juillet 2006 du Département de l'économie et de la santé de la République et canton de Genève.

## 2. DONNEES ET METHODE

Les données proviennent des relevés établis par les UATr pour la facturation de leurs prestations à chaque client :

- Initiale des clients
- Date de naissance
- Genre (homme/femme)
- Date d'entrée
- Date de sortie
- Nombre de jours facturés
- Nombre de minutes de soins requis/jour

ainsi que les comptes d'exploitation (charges et produits) et les données démographiques du canton de Genève.

Ces informations permettent d'établir un certain nombre d'indicateurs de performance, mettant en relation différentes entités (figure 1) :

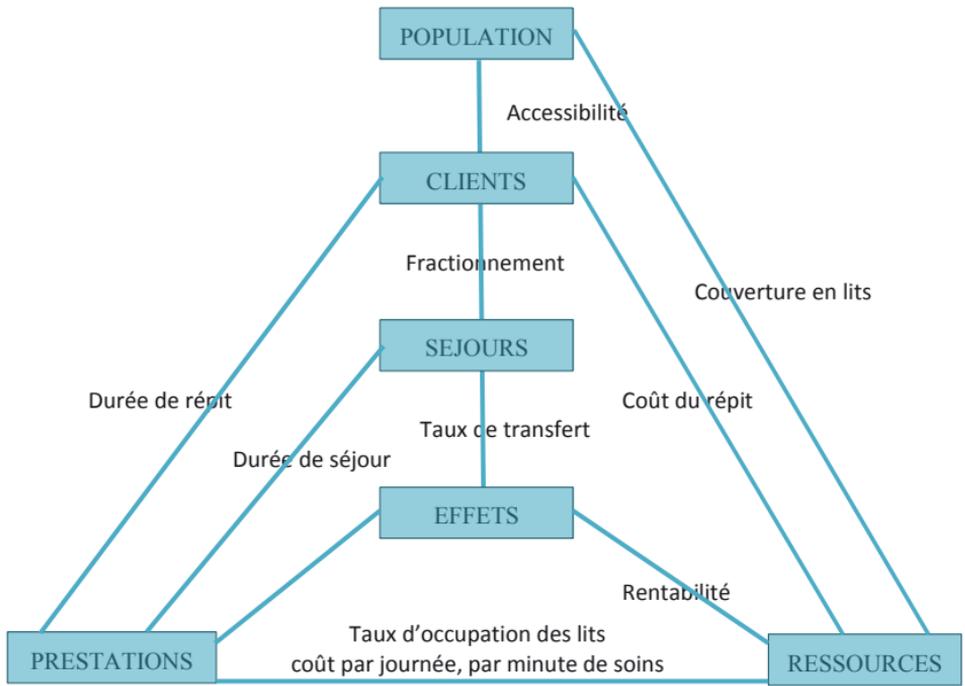
- Population (âge et genre)
- Clients (âge et genre)
- Séjours (nombre)
- Effets (résultat comptable, transferts vers des EMS ou des hôpitaux)
- Prestations (minutes de soins, journées d'hôtellerie)
- Ressources (nombres de lits, nombre d'équivalents plein temps, montants)

Les indicateurs retenus sont définis par les ratios décrits dans le tableau 1.

Tableau 1. Définition des indicateurs

Nom de l'indicateur	Numérateur	Dénominateur
Accessibilité	Nombre de clients	Nombre d'habitants
Couverture en lits	Nombre de lits	Nombre d'habitants
Fractionnement	Nombre de séjours	Nombre de lits
Durée de répit	Nombre de jours	Nombre de clients
Durée de séjour	Nombre de jours	Nombre de séjours
Taux de transfert	Nombre de transferts en EMS ou hôpital	Nombre de séjours
Taux d'occupation des lits	Nombre de jours d'hôtellerie	Nombre de lits * 365 jours
Coût de la journée	Nombre de francs du service hôtelier	Nombre de journées
Coût de la minute de soins	Nombre de francs du service infirmier	Nombre de minutes de soins
Coût du répit	Nombre de francs	Nombre de clients
Rentabilité	Bénéfice ou perte	Montant des produits

Figure 1. Indicateurs de performance



Les données chiffrées peuvent varier selon les sources (relevés de prestations, comptabilité, décomptes statistiques) et les définitions retenues. Ainsi, une journée de l'année 2011 sera prise en considération lors du calcul de la durée des séjours achevés en 2012 mais pas dans celui du calcul du prix de revient de la journée ou dans celui des taux d'occupation. Le calcul des minutes de soins ne sera pas tout à fait identique si l'on part directement des minutes ou des catégories de facturation (tranches de 20 minutes). Par ailleurs, il peut arriver que le client d'un UATr ait fait un séjour dans un autre UATr ; nous avons considéré qu'il s'agissait d'un seul client, même si certaines statistiques le comptent séparément pour chaque institution. Les nombres de journées facturées ne sont pas toujours équivalents au temps écoulé entre l'admission et la sortie (date de sortie – date d'admission +1), car le patient peut avoir pris un ou deux jours de congé ; nous avons donc retenu le nombre de jours facturés comme source la plus fiable. Toutefois, les taux d'occupation ont été calculés en tenant compte des jours d'admission et de sortie, car les lits restent indisponibles pendant les éventuels congés.

Les systèmes d'information imad et des cliniques de Joli-Mont et de Montana sont différents. Nous avons donc privilégié les données comparables et adopté les règles suivantes pour s'assurer de la comparabilité des indicateurs retenus.

L'âge des clients est déterminé par la différence en années révolues entre la première date d'admission et la date de naissance.

Le nombre de clients a été calculé globalement, en considérant que les enregistrements de personnes ayant les mêmes initiales, les mêmes dates de naissance et le même sexe correspondent à une même personne.

Les durées de séjour et de répit ont été calculées à partir des fiches de facturation, en retenant tous les séjours achevés en 2012. Pour l'UATr de Joli-Mont, le nombre de jours d'hôtellerie a été calculé en divisant le montant facturé aux patients par 97 francs.

Les minutes de soins ont été calculées à partir des catégories de facturation OPAS (tranches de 20 minutes), en prenant le nombre moyen de minutes de la catégorie (par exemple, 30 minutes pour la catégorie b : 21-40 minutes), de manière à assurer la comparabilité des chiffres de imad et de la clinique Joli-Mont. Pour l'UATr de Joli-Mont, le nombre de minutes de soins requis par jour a été calculé en divisant le montant facturé aux assurances maladie par (9 francs/20 minutes) et par le nombre de journées.

Le prix hôtelier a été calculé en multipliant le nombre de journées facturées par 97 francs. Le prix infirmier a été calculé en appliquant le tarif OPAS (article 7, alinea 3 : 9 francs par tranche de 20 minutes).

L'accessibilité et le fractionnement des séjours sont calculés sur les séjours avec une date d'admission en 2012. Les durées de séjour et de répit sont calculées sur les séjours achevés en 2012.

Le taux d'occupation des lits a été calculé chaque jour de l'année pour chaque UATr. Le taux d'occupation moyen des lits est égal au ratio entre le nombre de lits occupés (nombres de jours/365) et le nombre de lits autorisés.

Les charges hôtelières ( $C_H$ ) et infirmières ( $C_I$ ) directes des UATr de Jumelles et de Villereuse ont été estimées à partir des comptes d'exploitation des unités 35301 et 35302 (sans les charges exceptionnelles peu élevées) :

$$C_H = S_H (1 + S_S) + A$$

$$C_I = S_I (1 + S_S)$$

où :

$S_H$  charges salariales du personnel non soignant (comptes 32-35)

$S_I$  charges salariales du personnel soignant (compte 31)

$S_S$  [charges sociales + autres charges de personnel (comptes 37 et 39)]/charges salariales 31-35

A autres charges (comptes 40-49)

Les frais des médicaments ne font pas l'objet d'une facturation lors du séjour, puisque les UATr n'ont pas pour rôle de délivrer les traitements, le client venant et repartant avec son traitement. Il n'y a que peu des charges non salariales liées aux soins (<1%). Dès lors, les autres charges ont entièrement été affectées aux coûts hôteliers.

Les charges indirectes de l'encadrement de ces deux UATr (unité 35300) ont été imputées au pro rata des charges directes pour calculer les charges spécifiques hôtelières ( $C'_H$ ) et infirmières ( $C'_I$ ) :

$$C'_H = C_H [1 + C_A / (C_H + C_I)]$$

$$C'_I = C_I [1 + C_A / (C_H + C_I)]$$

où :

$C_H$  charges hôtelières directes

$C_I$  charges infirmières directes

$C_A$  charges administratives (indirectes, y compris la direction des UATr)

Le coût hôtelier de la journée est calculé en divisant les charges hôtelières par le nombre de journées facturées. Le coût infirmier de l'heure de soins est calculé en divisant les charges infirmières par le nombre d'heures de soins requis.

Le coût de la journée et de l'heure de soins n'est pas connu pour la Clinique Joli-Mont en raison de l'absence d'une comptabilité analytique.

## 3. MISSION ET FONCTIONNEMENT DES UATr

### 3.1 Mission des UATr

La mission des UATr est d'accorder un peu de répit aux proches aidants pour éviter leur épuisement. Ils accueillent le client, lui offrent des soins adéquats dans le but de maintenir ou améliorer leur autonomie, ainsi que des activités visant à les faire participer (animations, promenades, visites, repas en commun, etc.). C'est aussi l'occasion de faire le point avec le client et ses proches sur son état de santé et l'adéquation de son environnement à son retour au domicile. L'objectif de ces UATr, dit domiciliaires, est le retour à domicile.

Pour être admis, le client doit résider à son domicile situé dans le canton de Genève, être à la retraite (âge AVS ou dérogation) et obtenir une prescription de séjour en UATr de son médecin traitant. Ce dernier prescrit les soins requis et le traitement médicamenteux, ainsi que le nom du médecin répondant au cas où il serait lui-même absent.

Deux établissements publics autonomes offrent des prestations d'UATr dans le canton de Genève :

- imad, avec les sites de Villereuse et Jumelles
- les Cliniques de Joli-Mont et Montana, également avec deux sites.

La demande s'effectue auprès de l'infirmière de liaison de l'UATr pour les clients imad, qui vérifie que le motif du séjour correspond à l'un des critères suivants :

- besoin de répit de la part du client ou d'un proche aidant
- absence d'un proche aidant (hospitalisation, vacances)
- travaux d'aménagement du lieu d'habitation
- demande de répit des infirmiers à domicile.

Une entrée directement depuis un hôpital est possible, à condition que le patient soit prêt pour un retour à domicile (pas de réadaptation par exemple).

Par ailleurs, l'admission peut également être obtenue en urgence auprès de la ligne d'accueil des demandes (LAD) imad ou directement auprès de la Clinique Joli-Mont.

Un contrat est signé entre l'UATr et le client ou son représentant légal pour confirmer l'admission, tant pour imad que pour la Clinique Joli-Mont.

L'UATr peut refuser une admission si le patient nécessite des soins médicaux, une rééducation ou que le retour à domicile n'est pas envisageable. Dans le cadre d'un séjour UATr à imad, le séjour peut être interrompu si le client le demande, s'il doit être hospitalisé ou si sa sécurité n'est pas assurée (risque de suicide, de fugue ou de médication hors prescription) ou si le nombre maximal de 45 jours/an est dépassé. Les risques de violence (agressions, suicide), de désinhibition, de troubles addictifs sont évalués en principe avant l'admission pour s'assurer que le séjour est possible.

Pour les UATr imad, les troubles physiques, psychiques et cognitifs du client sont analysés avec une grille d'analyse standardisée (*Resident Assessment Instrument-Home Care*, RAI HC). Cet outil détermine les soins requis journaliers, quantifiés en nombre de tranches de 20 minutes de soins. Pour les UATr de Joli-Mont, les soins sont facturés à partir des prestations fournies remplies selon un document nommé « évaluation des temps requis pour les soins

au sens des articles 7a, 7b, 7c de l'OPAS ». Un client ne nécessitant aucun soin reste éligible pour un séjour en UATr.

Chaque tranche de 20 minutes est facturée 9 francs au client, qui peut se les faire rembourser par l'assurance maladie le cas échéant. Par ailleurs, un forfait d'hébergement de 98,15 francs a été facturé pour chaque jour (y compris les jours d'entrée et de sortie) ; une partie de ces frais d'hébergement peut être remboursés si le client bénéficie des prestations complémentaires. Ce forfait vise à couvrir les frais hôteliers (loyer, mobilier, équipements, repas, service à table, entretien du linge, nettoyage, service technique), mais aussi les animations, les prestations sociales (évaluation et conseils, appui aux proches aidants).

L'ensemble de ces règles ont été clairement formalisées dans les documents imad (voir section 1.3) et appliquées. La Clinique Joli-Mont a appliqué les mêmes règles, mais sans les formaliser par écrit, avec deux différences toutefois :

- ce sont les soins infirmiers donnés qui sont facturés, sans passer par la grille RAI-HC ;
- il n'y a pas d'intervention de l'infirmière de liaison pour préparer le séjour UATr.

### 3.2 Villereuse

L'unité de Villereuse a été ouverte le 1<sup>er</sup> septembre 2011, dans un bâtiment rénové situé en pleine ville de Genève, qui n'a pas été conçu pour de l'accueil temporaire. Elle comprend 25 chambres réparties sur 5 étages pour une capacité totale de 29 lits. Les paliers sont sombres et trop étroits pour permettre une activité communautaire, mais les résidents peuvent se rendre par ascenseur au salon/caféteria du 6<sup>ème</sup> étage.

Les chambres ne sont pas fermées à clé et l'unité est ouverte. Les clients et leurs proches doivent donc accepter le risque d'une sortie sans contrôle en pleine ville.

En raison de ces contraintes architecturales, il est recommandé que les clients soient plutôt dirigés vers d'autres unités si l'une des conditions ci-dessous est remplie :

- besoin de fauteuil roulant avec de l'aide ;
- risque de désorientation, de fugue ou d'errance ;
- risque de suicide.

Des chambres contiguës et communicantes sont à disposition pour les couples ou les parentés (mère-fille par exemple).

### 3.3 Jumelles

L'unité Jumelles est située en bordure de l'agglomération genevoise (rive gauche), également dans un immeuble rénové, mais non conçu a priori pour de l'accueil temporaire. Ouverte le 1<sup>er</sup> septembre 2010, l'unité comprend 9 chambres situées sur un seul étage, avec une terrasse ouverte. Les patients sont invités à porter un bracelet électronique anti-errance, qui les empêche d'accéder aux étages inférieurs<sup>3</sup>. Il n'y a pas de toilettes ou douche dans les chambres.

Il existe une chambre double pour couple.

<sup>3</sup>Une sonnerie se déclenche sur le téléphone de l'infirmier responsable si le client quitte le périmètre de l'UATr. Il n'existe cependant pas de contrôle permanent empêchant le client d'enlever ce bracelet.

### 3.4 Clinique Joli-Mont

La clinique Joli-Mont est située sur la rive droite de l'agglomération genevoise. Sa mission principale est la réadaptation, mais elle consacre quelques 5 lits à l'accueil temporaire de répit<sup>4</sup> soit un peu moins que prévu initialement lors de l'ouverture de l'unité en 2007 (10 à 15 lits). Il s'agit de lits du service de réadaptation et de suite de traitement situé au rez-de-chaussée. Les patients peuvent être équipés d'un bracelet anti-errance si nécessaire, mais l'une unité est ouverte avec une configuration des lieux qui empêche une surveillance étroite des allées et venues des clients. Les patients souffrant de troubles sévères de l'orientation ne devraient donc en principe pas y être adressés.

La clinique dispose de jardins agréables pour se promener, ainsi qu'un espace de détente.

Les responsables de la clinique demandent que l'arrêté du Conseil d'Etat datant de 2010 soit mis à jour pour tenir compte du changement de médecin responsable (Dr Emilia Frangos) et ne pas se trouver en situation d'irrégularité sur le plan juridique.

### 3.5 Clinique genevoise de Montana

La clinique genevoise de Montana assure principalement une mission hospitalière en médecine interne, réadaptation et psychiatrie, mais elle peut également accueillir depuis 2007 des clients pour un séjour de répit en fonction des places disponibles.

La clinique offre des espaces spacieux et ouverts sur un parc de verdure. Le relief pentu du terrain limite cependant les possibilités de sortie des résidents âgés, particulièrement s'ils sont peu mobiles.

La distance qui sépare Montana du canton de Genève (environ 200 km et 2 heures 30 de trajet) est souvent perçue par les résidents UATr et leurs familles comme un obstacle à leur venue à Montana. Cette distance rend également impossible le suivi par les médecins traitants.

Ces raisons expliquent la rareté des séjours de répit à la Clinique de Montana.

---

<sup>4</sup>Source : courrier électronique du 2.12.2013 (Dr Emilia Frangos)

## 4. EVALUATION DE L'EXERCICE 2012

### 4.1 Accessibilité

Au total, ce sont 385 clients qui ont été admis pour un séjour dans les UATr en 2012 (imad, Joli-Mont, Montana), dont 372 personnes de plus de 65 ans. 72 % des clients ont 80 ans ou plus.

13 clients de moins de 65 ans ont généralement été admis en raison d'un handicap lié à une maladie neuro-dégénérative ou d'un syndrome de Diogène avec des problèmes de santé.

La proportion de personnes ayant bénéficié d'une période de répit augmente fortement avec l'âge, avec une fréquence plus grande chez les hommes pour une même catégorie d'âge (tableau 2). En moyenne, une personne retraitée sur 200 a bénéficié d'un séjour en UATr.

Tableau 2. Accès aux unités d'accueil temporaire de répit

Structure démographique	Nombre de clients	Nombre de résidents	Proportion
<b>Hommes</b>			
<65 ans	6	195'877	0.00 %
65-69 ans	11	10'245	0.11 %
70-74 ans	14	7'868	0.18 %
75-79 ans	35	6'070	0.58 %
80-84 ans	39	4'292	0.91 %
85-89 ans	37	2'297	1.61 %
90-94 ans	21	863	2.43 %
>94 ans	5	185	2.70 %
<b>Femmes</b>			
<65 ans	7	198'230	0.00 %
65-69 ans	6	12'234	0.05 %
70-74 ans	4	9'886	0.04 %
75-79 ans	26	8'040	0.32 %
80-84 ans	57	6'732	0.85 %
85-89 ans	53	4'659	1.14 %
90-94 ans	44	2'306	1.91 %
>94 ans	20	728	2.75 %
<b>Total &gt; 65 ans</b>	<b>372</b>	<b>76'405</b>	<b>0.49%</b>

Un peu plus de la moitié des demandes de répit proviennent des proches aidants, 32% du réseau de soins et 13 % du médecin traitant<sup>5</sup>. Le proche aidant demandeur est le plus souvent le conjoint du client.

Aucune entrée directe des hôpitaux n'a eu lieu dans l'UATr de la Clinique Joli-Mont, mais quelques-unes ont été planifiées depuis les HUG, l'Hôpital de Bellerive (HUG) et la Clinique de la Lignière dans les UATr de imad. 29 % des admissions de Jumelles concernent des clients

<sup>5</sup>Source : rapport d'activité 2012 des structures de répit. Genève, IMAD, 19.04.2013

déjà suivis par imad (soins à domicile<sup>6</sup>), 20 % pour Villereuse et 7 % pour la Clinique Joli-Mont.

L'Office fédéral de la statistique fournit des chiffres sur le nombre de personnes ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un court-séjour de répit<sup>7</sup>. Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence, car les chiffres genevois paraissent surestimés (749 clients en 2012).

#### Recommandation technique n° 1 :

Vérifier que les chiffres fournis à l'OFS par le canton de Genève sont conformes à la définition de l'OFS : « on entend par client une personne qui a bénéficié d'au moins une prestation durant l'année considérée. Les clients peuvent, dans le cours de l'année, demander des prestations pour diverses raisons et bénéficier de plusieurs offres (« hébergement de long séjour », « hébergement de court séjour », etc.). Par exemple, une personne qui recourt à deux organisations différentes pour un « hébergement de court séjour » compte dans la statistique pour deux clients ».

## 4.2 Couverture en lits

Le canton de Genève dispose de 45 lits de répit (tableau 3), soit 0,59 lit pour mille habitants de plus de 65 ans.

Tableau 3. Nombre de lits des UATr

Spécialités	Villereuse	Jumelles	Joli-Mont	Montana	Total
Dotation en lits	29	10	5	1	45

Le nombre de lits de courts séjours en homes médicalisés (autorisés à facturer des soins infirmiers sous le régime LAMal) était en moyenne de 1,0 lit pour mille habitant de plus de 65 ans en Suisse en 2012, mais plus élevé dans certains cantons (1,6 pour mille dans le canton de Vaud par exemple)<sup>8</sup>.

Le nombre de lits nécessaires au canton de Genève se situerait ainsi entre 76 lits (moyenne suisse) et 122 lits (moyenne vaudoise). Le DEAS estimerait les besoins en lits d'UATr à 100 lits pour le canton de Genève. Cette estimation paraît réaliste au vu des chiffres précités.

<sup>6</sup> sans compter les clients sans soins (sécurité).

<sup>7</sup> Source : Statistique des institutions médico-sociales 2012. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, 19.11.2013. Tableau 8-A.

<sup>8</sup> Source : Statistique des institutions médico-sociales 2012. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, 19.11.2013. Tableau 2-A. Nombre de lits de courts séjours du canton de Genève non fourni.

### 4.3 Fractionnement

Trois quarts des clients ont effectué un seul séjour en UATr (tableau 4). 45,3 % des séjours sont liés à des personnes qui reviennent plusieurs fois pendant la même année.

Tableau 4. Fractionnement des prises en charge

Nombre de séjours/client	Clients	Séjours	Proportion
Un seul séjour dans l'année	291	291	55.7 %
2 séjours	67	134	25.7 %
3 séjours	15	45	8.6 %
4 séjours	9	36	6.9 %
5 séjours	2	10	1.9 %
6 séjours	1	6	1.1 %
Total	385	522	100%

Il semblerait que certaines personnes souhaiteraient pouvoir bénéficier de séjours plus courts (par exemple 2 jours/semaine pendant un ou deux mois) pour éviter une déstabilisation psychologique des clients. L'opportunité d'autoriser ce type de répit mériterait d'être discutée. L'inconvénient est que de tels séjours bloquent des lits qui pourraient être utilisés pour des périodes de répit plus longs ; mais peut-être que ceci pourrait être toléré durant les mois de plus faible affluence (voir section 4.6.1).

Quelques clients ont eu recours à plusieurs UATr du canton en 2012 : 10 au sein de imad (Jumelles/Villereuse) et 8 entre imad et la Clinique Joli-Mont.

### 4.4 Durées du répit

La durée moyenne des répits a été de 24,2 jours, soit 3 semaines et demi. 10 % des clients ont dépassé le maximum de 45 jours autorisés. Les dérogations ont été accordées en raison de l'hospitalisation, de l'absence ou de l'épuisement d'un proche, ainsi que pour l'aménagement de leur appartement ou immeuble.

Tableau 5. Durée du répit

Durée de répit	Nombre de clients	Proportions
1-7 jours	40	10.2%
8-14 jours	94	24.0%
15-21 jours	77	19.7%
22-28 jours	62	15.9%
29-35 jours	34	8.7%
36-45 jours	45	11.5%
> 45 jours	39	10.0%
Total	391	100.0%

Neuf clients ont eu un répit inférieur aux 5 jours minimaux requis. Peut-être que leur accueil serait plutôt du ressort des foyers de jour ou de nuit.

#### Note technique

La proportion de répit de plus de 45 jours, c'est-à-dire nécessitant une dérogation est d'environ 10 %. Il n'est actuellement pas possible de vérifier que le plafond de 45 jours n'a pas été dépassé si un client recourt successivement aux services imad et de Joli-Mont.

Recommandation technique n° 2 : au cas où l'on souhaiterait demander systématiquement une dérogation pour le dépassement des 45 jours, il faudrait que les systèmes d'information des UATr soient intégrés avec un identifiant de client unique. Ceci n'est pas forcément grave et urgent, les UATr n'étant pas débordés mais cela paraît souhaitable pour des soucis d'équité entre clients à moyen terme.

## 4.5 Durées de séjour

La durée moyenne de séjour a été de 18,2 jours, soit environ deux semaines et demi. Les durées sont semblables entre les différents UATr, avec l'exception d'une plus faible proportion de séjours d'une semaine ou moins à Joli-Mont (tableau 6).

La majorité des séjours durent entre une et deux semaines.

Tableau 6. Durée de séjour par UATr

Durée de séjour	Joli-Mont et Montana	Jumelles	Villereuse
1-7 jours	5	24	44
8-14 jours	40	45	95
15-21 jours	18	32	64
22-28 jours	13	11	44
29-35 jours	6	8	25
36-45 jours	6	6	19
> 45 jours	2	1	14
Total	90	127	305
Durée moyenne de séjour	18	16	19

## 4.6 Productivité

### 4.6.1 Taux d'occupation des lits

Le taux d'occupation des lits varie du simple au double selon les périodes de l'année, avec un maximum durant l'été, la période de février à avril étant plus calme (figure 1). Les pics surviennent aux mêmes périodes dans tous les UATr, au moment des vacances scolaires.

Les lits de Joli-Mont ont été utilisés à 89 % de leur capacité, quant à ceux des Jumelles et de Villereuse à 55 %. Le taux d'occupation moyen des lits des Jumelles serait de 61 % si l'on

tient compte du fait que la chambre à deux lits (prévue pour les couples) est souvent utilisée par une seule personne.

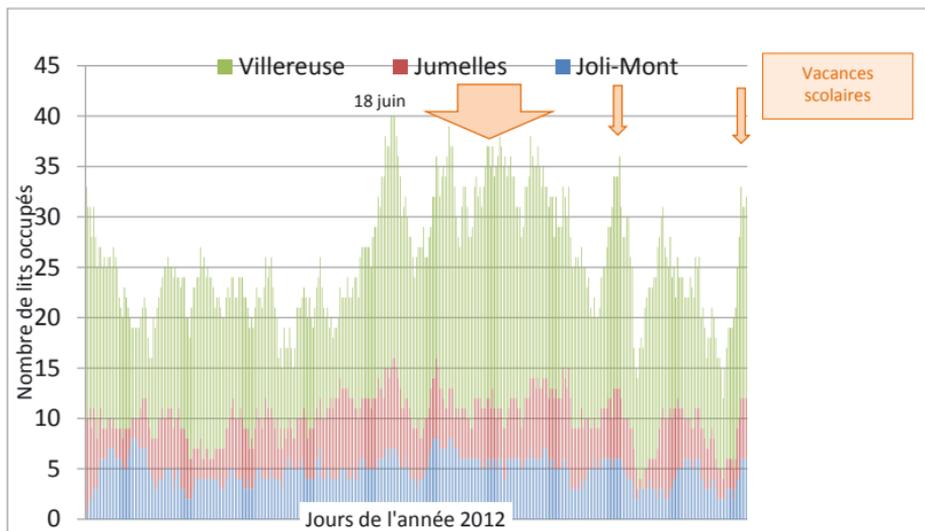
Les taux d'occupation présentés ici correspondent à l'occupation réelle des lits et ne tiennent pas comptes des annulations.

Il convient de mentionner que les lits ne peuvent pas être exploités à leur maximum en raison des nombreuses annulations. Par exemple, l'IMAD signale 228 annulations en 2012<sup>9</sup>, s'expliquant par les motifs suivants :

- hospitalisation 28 %
- raison familiale : 23 %
- refus du patient : 14 %
- placement en EMS : 9 %
- raison financière : 6 %
- suite de traitement : 5 %
- autre orientation : 13 %
- décès : 1 %

Or, beaucoup de séjours doivent être planifiés à l'avance, pour que les proches aidants puissent organiser leurs vacances (figure 1). Ces annulations expliquent que le maximum de 45 lits n'a pas été exploité même durant le pic de l'été.

Figure 1. Taux d'occupation des lits tous les jours de l'année 2012



<sup>9</sup>Source : Rapport annuel des UATr de l'imad.

#### 4.6.2 Coût de la journée

Le coût direct de la journée d'hôtellerie est de plus de 200 francs par jour pour imad, ce qui signifie que la participation des patients (98,15 francs par jour) ne couvre pas la moitié des frais. Ce coût est cependant sous-évalué parce qu'il ne tient pas compte des coûts indirects (frais généraux). Il convient également de rappeler que le personnel « paramédical » a été attribué au coût hôtelier, même s'il exécute aussi des prestations LAMal.

Tableau 7. Calcul du coût de la journée hôtelière (francs)

Charges spécifiques	Villereuse	Jumelles	Joli-Mont	Montana	Total
Charges hôtelières spécifiques	1'421'286	402'155	-	-	
Nombre de journées	5'817	1'999	1'788	22	
Coût de la journée	244	201	-	-	

#### 4.6.3 Coût de l'heure de soins

Le coût de l'heure de soins dépasse les 200 francs pour imad. Il n'est pas connu pour les cliniques de Joli-Mont et Montana. Ces coûts paraissent élevés si on les compare aux coûts dans les EMS, les services à domicile ou des centres de réadaptation.

Tableau 8. Calcul du coût de l'heure de soins

Charges spécifiques	Villereuse	Jumelles	Joli-Mont	Montana	Total
Charges infirmières spécifiques	2'958'522	1'437'252	-	-	-
Nombre moyen de minutes par jour	143	162	128	120	553
Jours	5'817	1'999	1'788	22	9'626
Nombre d'heures de soins facturées	14'271	5'313	3'471	44	22'771
Coût de l'heure de soins requis	207	271	-	-	-

Le tableau 8 appelle plusieurs commentaires.

Pour imad, le coût des soins est un peu sous-évalué, car le personnel paramédical, attribué au coût hôtelier, participe également aux soins.

La dotation en personnel a été effectuée à partir d'un ratio de 0,75 EPT par lit, dont la moitié en infirmier, l'autre moitié en ASSC/aides-soignantes<sup>10</sup>. Une dotation supplémentaire de 3 EPT a été octroyée au site de Jumelles pour assurer une surveillance adéquate la nuit (tableau 9, dotation réelle – dotation théorique).

La dotation de la Clinique Joli-Mont est plus faible : 0.58 EPT par lit. Ceci s'explique d'une part par une lourdeur des soins requis plus faible (respectivement 10 % et 20 % plus faible qu'à Villereuse et Jumelles, cf. tableau 8) et par une occupation plus régulière des lits de l'unité qui comprend également des patients en réadaptation. D'autre part, les clients désorientés y sont moins nombreux et nécessitent une surveillance moins intense.

<sup>10</sup>Cette dotation est plus faible que la dotation initialement prévue de 0.9 EPT par lit.

Tableau 9. Dotation en personnel (équivalents plein temps, EPTs)

UATr	Villereuse	Jumelles
Lits occupés	16	5.5
Infirmières		
- dotation réelle	7.5	5.4
- dotation théorique (0,45 EPT/lit)	7.2	2.5
ASSC et aides soignantes/familiales		
- dotation réelle	7.4	3.6
- dotation théorique (0,45 EPT/lit)	7.2	2.5
Aides à domicile	2.9	1.0
Personnel technique	1.6	0.2
Direction et administration	1.0	0.5
Total	22.9	11.3

Le prix de revient de l'heure infirmière serait abaissé si les UATr avaient un taux d'occupation plus élevé, car cela permettrait d'affecter les frais fixes de surveillance sur un plus grand nombre de bénéficiaires.

Au cas où les pics d'activité seraient inévitables, une dotation stable pourrait être prévue sur le site de Villereuse (calibrée pour 20 lits par exemple), avec un renfort par du personnel imad pendant les pics.

#### 4.7 Taux de transfert

En 2012, aucun résident UATr de la Clinique Joli-Mont n'a été transféré vers un EMS, mais quatre l'ont été vers un hôpital.

Pour imad, 13 résidents UATr ont été transférés aux HUG (Cluse-Roseraie, Belle Idée, Loëx) et 8 sont allés directement en EMS suite à leur séjour. Ces transferts en EMS n'ont pas été décidés par l'UATr, il s'agit de dossiers établis en amont depuis le domicile ou lors d'une hospitalisation.

Si l'on rapporte ces transferts au nombre de séjours, on obtient un taux de transfert à l'hôpital de 3 % et en EMS de 1,5 % ce qui paraît acceptable car on ne peut jamais exclure une dégradation naturelle de l'état de santé des résidents.

#### 4.8 Coût du répit

Le coût annuel de répit a été de 17'800 francs environ par client en 2012, dont 13 % ont été couverts par les clients eux-mêmes, moins de 10 % par les assureurs maladie et 77 % par l'Etat de Genève.

Tableau 10. Estimation du coût du répit (francs par an, voir hypothèses du tableau 11)

Comptes d'exploitation	Villereuse	Jumelles	Joli-Mont et Montana	Total	Proportion
Total des charges	4'379'808	1'839'407	839'840	7'059'056	100%
Nombre de clients (sans Montana)				391	
Coût du répit				18'054	
- à la charge du client				944'792	13,4 %
- à la charge de l'assurance maladie				664'371	9,5 %
- à la charge de l'Etat				5'449'893	77,2 %

## 4.9 Rentabilité

La participation des clients aux frais d'hôtellerie (98,15 francs par jour) couvre moins de la moitié des frais effectifs.

Le coût des soins n'est que très partiellement couvert par l'assurance maladie. Le chiffre de Joli-Mont n'est pas connu avec exactitude non plus, mais en faisant l'hypothèse que la charge des soins est la même pour les clients d'UATr que les patients de réadaptation (128 minutes de soins requis en moyenne), on pourrait estimer le coût infirmier à 264 francs par jour<sup>11</sup>.

Finalement, c'est le canton qui couvre la plus grande part des dépenses. Quant à la clinique de Joli-Mont, la rentabilité serait meilleure en accueillant des patients pour de la réadaptation.

Tableau 11. Rentabilité de l'activité des UATr.

Comptes d'exploitation	Villereuse	Jumelles	Joli-Mont	Montana	Total
Nombre de journées	5'817	1'999	1'788	22	9'626
Produits de l'hôtellerie (estimation)	570'939	196'202	175'492	2'159	944'792
Charges de l'hôtellerie (estimation <sup>12</sup> )	1'421'286	402'155	357'600	4'400	2'185'441
Perte	-850'347	-205'953	-182'108	-2'241	-1'240'649
Proportion	-59 %	-51 %	-51 %	-51 %	-57 %
Produits des soins (estimation)	412'398	152'811	97'974	1'188	664'371
Charges des soins (estimation)	2'958'522	1'437'252	472'032**	5'808	4'873'615
Perte	-2'546'124	-1'284'441	-374'058	-4'620	-4'209'244
Proportion	-86 %	-89 %	-79 %	-80 %	-86 %

\*hypothèse : 1788 journées \* 150 francs/jour

\*\*hypothèse : 1788 journées \* 264 francs/jour

<sup>11</sup>Estimation du Dr E. Frangos (rapport d'activité 2012 de l'UATr de Joli-Mont)

<sup>12</sup>En estimant le coût d'une journée d'hôtel (simple) à Genève à 150 francs par jour et y ajoutant 50 francs de repas par jour, on obtient une estimation du coût minimal d'une journée d'hôtellerie de 200 francs par jour.

## 4.10 Qualité des prestations

Dans tous les UATr visités (Villereuse, Jumelles, Joli-Mont), l'aménagement est calqué sur celui d'un hôpital : une chambre avec un lit à hauteur réglable, un fauteuil, parfois une télévision, la décoration est sobre.

Les clients bénéficient d'espaces communs – le dernier étage à Villereuse, sur le même étage à Jumelles et à Joli-Mont. La proximité du personnel soignant permet de garantir des soins adaptés au besoin des clients, la sécurité paraissant de ce point de vue assurée. Beaucoup de clients ayant des problèmes d'orientation dans le temps et l'espace, leur surveillance requiert une certaine attention de la part des soignants. Il existe toujours un risque qu'un client enlève son bracelet, même si cela ne semble pas être arrivé ; peut-être que de nouvelles solutions techniques permettront à l'avenir de réduire ce risque pour les clients concernés.

Rien ou très peu n'est aujourd'hui entrepris pour animer les journées des clients, qui attendent que le temps passe. Certains reçoivent des visites de proches s'ils ne sont pas partis en vacances, mais pour les autres la seule animation est celle des soignants effectuant leurs soins. Les interactions entre clients paraissent faibles.

A la clinique de Joli-Mont, certains patients partagent une chambre avec des personnes malades qui sont là pour de la réadaptation ou des suites de traitement. Ces malades reçoivent régulièrement la visite du médecin de l'hôpital ; ils ont également accès au plateau médico-technique et à la physiothérapie. Les clients UATr sont suivis par leur médecin traitant ou son remplaçant et ce n'est qu'au cas où ces derniers ne peuvent être joints et qu'il y a une urgence que le médecin de la clinique est habilité à intervenir<sup>13</sup>. Ceci est perçu comme inéquitable et incompréhensible par les clients d'UATr. Les ambulanciers chargés de transférer ces patients en cas de complication vers un hôpital et les familles des clients d'UATr sont choqués de voir que des soins hospitaliers ne peuvent être dispensés sur place. Confier le suivi médical des clients d'UATr aux médecins de la clinique n'est pas non plus une bonne solution, car ces derniers ne connaissent pas les pathologies de clients, ne disposent pas de leurs dossiers médicaux et refaire un bilan de santé à l'entrée serait inutilement coûteux. Enfin, certains clients ont des troubles du comportement qui peuvent être gênants s'ils partagent une chambre avec un patient (errance, cris nocturnes), ce qui peut conduire à bloquer un lit de réadaptation dans une chambre double. Cette mixité des missions de réadaptation et d'UATr met tout le monde mal à l'aise (patients, familles, médecins, soignants).

Le site de Villereuse a été ouvert récemment. Différentes idées ont été émises pour égayer un peu l'atmosphère et occuper les clients (des postes de télévision à installer dans toutes les chambres, une tisanerie par étage, des visites à l'extérieur (théâtre, musées). Les clients pourraient être incités plus souvent à inviter des proches pour un repas sur le site (19 francs par repas). L'aménagement des lieux pourrait être amélioré par une plus grande présence de tissus, d'éclairages, de tableaux, d'une bibliothèque, d'un coin pour les journaux et les revues. Une autre idée serait d'associer les clients au soin des plantes et fleurs présentes sur la terrasse.

<sup>13</sup>Cette situation pose la question de la responsabilité médicale de l'équipe de la clinique en cas d'intervention (prescription de médicaments, de contention, de transfert aux urgences) pour les résidents de l'UATr.

Aucun des sites ne dispose de personnel chargé d'animer les journées des clients. La présence d'animateurs professionnels ou d'ergothérapeutes permettrait de créer des événements (animation musicale, fêtes d'anniversaire, etc.), de proposer des activités communes (scrabble, bricolage, etc.), d'inciter les clients à s'inscrire à des sorties.

Par ailleurs, les UATr pourraient être des lieux où se rencontrent les proches aidants, en leur offrant des informations ciblées, un espace de parole, une rencontre mensuelle « café des aidants » par exemple en aménageant l'espace extérieur et intérieur du rez-de-chaussée du site de Villereuse.

Bien qu'il soit proche de la campagne, le site des Jumelles n'est guère propice aux promenades accompagnées, car le personnel de soins ne peut pas quitter les lieux pour des raisons de sécurité. L'appel à des bénévoles serait nécessaire pour assurer ce type de prestations.

Une solution intéressante serait d'organiser et de proposer des collaborations étroites avec les foyers de jour proches des UATr, surtout s'ils peuvent se charger de venir prendre les clients sur place. Un minimum d'une sortie par semaine permettrait aux clients de prendre l'air et de rythmer un peu leur séjour.

La question des horaires (repas, toilettes personnelles, etc.) est en cours de discussion, d'une part pour laisser aux clients la possibilité de garder leurs habitudes, d'autre part pour les inciter à partager des moments de vie commune.

Aucun des sites actuels ne paraît adapté à une clientèle « jeune » (moins de 65 ans) ou « très jeunes » (enfants).

Les soins sont particulièrement compliqués pour les personnes ayant des troubles cognitifs ou de démence, qui perdent parfois tout repère en quittant leur domicile. Pour ce type de clients, une solution de type « baluchonage » est envisagée par imad. Ce service né au Québec et qui se développe en Belgique, consiste à trouver une personne bénévole ou rémunérée qui s'installe chez le client pour donner du répit aux proches. Les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer conservent ainsi toutes leurs habitudes de vie et bénéficient du soutien et de l'appui permanent d'une personne qui peut également les accompagner à l'extérieur pour faire des courses, avoir un minimum d'activité physique ou se distraire. Les obstacles à lever pour mettre en place de telles prestations sont l'accréditation des personnes autorisées à fournir ces prestations (connaissances minimales, honnêteté, etc.).

Il arrive que les clients ne soient pas venus avec un stock de médicaments suffisant pour leur séjour.

La qualité de la préparation du séjour à l'UATr a également été discutée. Lorsqu'un patient est suivi par imad, il n'y a pas de visite à domicile par le responsable de l'UATr pour expliquer comment le séjour va se dérouler, clarifier les relations avec la famille (qui est le répondant ?), s'assurer que le client aura suffisamment de médicaments avec lui, etc. Certains clients refusent de rester dans l'UATr lors de leur admission. Une visite préalable, une discussion sur ses habitudes de vie, voire une journée d'essai permettrait probablement d'éviter certains de ces refus.

L'accueil sur le site de Villereuse n'est pas très engageant : porte d'entrée fermée, attente de l'ascenseur dans un espace restreint et impersonnel. Ceci est justifié par la nécessité d'éviter la sortie de clients désorientés et par la configuration des lieux. Il n'y a pas de repas pris en commun avec le personnel à Villereuse, mais c'est le cas à Jumelles. Voici quelques exemples des questions qui se posent dans cette phase de démarrage des activités.

#### 4.11 Interfaces avec les autres fournisseurs de prestations

La faible part de demandes émanant des médecins traitants et des infirmiers du réseau serait due à un manque d'information des professionnels de la santé. Ceci s'expliquerait par l'absence de communication sur cette nouvelle offre consécutive à la fermeture des lits de courts séjours en EMS (UATr résidentielles) en 2005 au profit de ces UATr domiciliaires dont le but est un retour à domicile.

Par ailleurs, certains médecins se seraient plaints de la lourdeur administrative d'une admission en UATr. Sur le plan du contenu, les informations demandées au médecin paraissent légitimes : signature de la prescription, motif de la demande, traitement médicamenteux et nom du médecin remplaçant en cas d'absence. Il est arrivé plusieurs fois aux UATr de devoir transférer un patient à l'hôpital car le traitement n'a pas pu être réadapté à temps. Un transfert du client vers un UATm pourrait le cas échéant être préférable à son hospitalisation, le temps de stabiliser sa situation.

Peut-être serait-il utile de réfléchir à une simplification dans la forme pour que la demande d'admission ait l'air plus simple. Par exemple, le formulaire de demande pourrait être proposé sur internet, avec des rubriques à remplir au fur et à mesure de l'avancement du dossier.

La Clinique Joli-Mont déplore les lourdeurs administratives pour obtenir le remboursement des prestations par les assureurs, qui ne comprennent par exemple pas pourquoi les soins deviennent parfois plus lourds qu'à domicile en raison de la déstabilisation de l'environnement du patient.

Imad propose par ailleurs de réfléchir à la possibilité de facturer des frais lors d'annulations, qui sont aujourd'hui trop nombreuses et qui empêchent l'accès à l'UATr de d'autres clients.

Enfin, un problème difficile à résoudre a été observé dans toutes les unités d'accueil : les médecins remplaçant les médecins traitants pendant leurs vacances ne connaissent souvent pas le client et il est alors compliqué d'avoir une ordonnance médicale pour une modification du traitement par téléphone. La situation n'est pas forcément différente de ce qui serait arrivé au domicile du patient, mais l'absence d'un proche ne simplifie pas le problème.

## 5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Huit objectifs ont été donnés au présent mandat (section 1.2), ils sont repris ici dans l'ordre où ils ont été énoncés.

1. Le but des UATr est d'offrir du répit aux proches aidants ou soignants dans une perspective de maintien à domicile. Les critères d'admission répondent clairement à ce but, ils sont clairement définis et appliqués par tous les UATr du canton. Seuls 1,5 % des clients ont été placés en EMS à l'issue de leur séjour en UATr.

**Recommandation :** maintenir les critères d'admission actuels

2. Les besoins des clients ont été évalués par les équipes infirmières de tous les UATr et ont bénéficié d'un encadrement professionnel par des soignants qualifiés sur tous les sites. Le suivi par les médecins traitants n'est pas toujours assuré lors de leurs absences, leurs remplaçants ne connaissant pas toujours les patients et n'étant pas toujours accessibles. Les équipes infirmières ont cependant pris les mesures appropriées lorsque c'était nécessaire (médecins de garde, transfert à l'hôpital). La sécurité sanitaire paraît dans tous les cas supérieure en UATr qu'à domicile.

La mixité des missions de l'UATr de la Clinique Joli-Mont pose un problème déontologique, car les clients bénéficiant du répit sont mélangés aux patients en réadaptation ; ces derniers bénéficient d'un suivi médical étroit qui n'est pas offert aux clients de l'UATr qui se trouvent sous un autre régime (suivi par le médecin installé). Cette situation est difficile à vivre pour les patients, les médecins et les soignants.

Très peu d'animation est offerte aux clients, qui peuvent ainsi se sentir un peu délaissés pendant leur séjour.

**Recommandation A :** la Clinique de Joli-Mont devrait être déchargée de sa mission d'UATr pour se concentrer sur sa mission de réadaptation, dès que cela sera possible (voir recommandations F, G et H).

**Recommandation B :** développer les activités d'animation.

3. Le prix de revient moyen d'un répit (frais par an et par client) a été de 18'000 francs environ en 2012 (pour environ 24 jours en moyenne), dont 13% ont été payé par les clients, moins de 10% par les assureurs maladie, le reste l'étant par le canton.

Une partie non négligeable du coût s'explique par les besoins de surveillance, notamment des patients désorientés (Alzheimer ou autres problèmes cognitifs). Le coût du répit pourrait probablement être abaissé par une plus grande fréquentation des lits disponibles, qui permettrait de répartir les charges fixes sur plus de clients.

Le coût du répit doit être mis en relation avec le coût d'un séjour évitable en EMS. Une journée en EMS coûte en moyenne 357 francs dans le canton de Genève<sup>14</sup>. En prenant une hypothèse basse correspondant à des patients peu dépendants (environ 250 francs par jour) et une durée de séjour évitable de 6 mois, on obtient un coût de placement prématuré en EMS de 45'000 francs. Le coût de chaque journée de répit est plus élevée

<sup>14</sup> [http://www.ge.ch/ems/chiffres\\_cles.asp](http://www.ge.ch/ems/chiffres_cles.asp)

(plus de 400 francs), mais pour une durée moindre (24 jours en moyenne). Selon ce raisonnement, un répit serait nettement moins cher qu'une entrée en EMS six mois trop tôt (économie = 45'000 francs – 18'000 francs, soit 27'000 francs selon cette estimation grossière).

**Recommandation C :** identifier les situations où les proches-aidants sont épuisés pour leur proposer un séjour de répit durant les périodes « creuses » (en dehors des vacances) ; une autre solution consiste à fermer un site UATr pendant les périodes creuses.

- Le coût par jour le plus élevé a été observé sur le site de Jumelles qui est aussi celui qui avait les clients nécessitant le plus de soins (presque 3 heures de soins requis par jour en moyenne). Ce surcoût s'explique également par sa petite taille ne suffisant pas à amortir les frais fixes de surveillance (surtout la nuit). Il existe probablement également des surcoûts sur le site de Villereuse, générés par l'éparpillement des chambres sur cinq étages. Le coût par jour de la Clinique de Joli-Mont n'est pas connu avec exactitude (pas de comptabilité analytique) ; on peut cependant affirmer que le coût n'est pas couvert par le financement actuel.

**Recommandation D :** Saisir les opportunités éventuelles d'un nouveau bâtiment, dédié aux personnes souffrant de troubles cognitifs et donc présentant un lieu fermé pour éviter les risques liés aux déambulations et aux fugues) ; le bâtiment devrait idéalement offrir des lieux communs accueillants, un moindre éparpillement des chambres que le site de Villereuse et d'une taille plus grande que le site de Jumelles.

- Les lits d'UATr n'ont pas été totalement occupés durant les périodes creuses (en dehors des périodes de vacances) et le taux de recours aux prestations de répit paraît bas dans le canton de Genève par rapport à d'autres cantons. Il est donc probable que l'existence de cette prestation n'est encore pas suffisamment connue de la population, des médecins installés et peut-être de certains infirmiers à domicile.

La fluidité de la transmission des informations avec les services à domicile paraît bonne. Les informations demandées aux médecins (nom d'un remplaçant, médication et prescription du séjour en UATr) sont légitimes, mais peut-être que la procédure pourrait être simplifiée

Voir recommandation C plus haut

**Recommandation E :** promouvoir l'utilisation du dossier médical en ligne ([www.mondossiermedical.ch](http://www.mondossiermedical.ch)).

- Il est probable que l'offre de répit devrait à peu près être doublée, en diversifiant les types de prestations offertes.

**Recommandation F :** étendre les critères d'admission en proposer des lits d'accueil temporaire de répit adapté aux personnes jeunes (enfants et adultes) ;

**Recommandation G :** proposer des prestations de baluchonnage pour les clients souffrant de troubles cognitifs ou de démence<sup>15</sup>, qui pourraient ainsi rester dans leur

<sup>15</sup>Cette prestation est différente des nuits de veille offertes actuellement par imad (97 francs par nuit, souvent effectuée par des étudiants en médecine ou des infirmiers en fin de formation), car il est nécessaire d'avoir une formation spécifique pour les soins aux patients souffrant de troubles cognitifs ou de démence.

environnement habituel (cette offre serait une alternative aux lits d'UATr dont le nombre pourrait alors être inférieur à 100).

7. Les établissements médico-sociaux sont habitués à offrir des soins de qualité tout en portant une bonne attention à la qualité de vie (animation, accueil des proches, etc.). A ce titre, ils restent des lieux intéressants pour offrir un répit, à la condition toutefois que le retour à domicile soit planifié d'emblée.

**Recommandation H** : proposer des lits d'EMS de court séjour à des clients souhaitant se préparer à entrer en EMS sans que cela ne soit encore le moment.

8. L'ouverture des UATr de Villereuse et des Jumelles répond à une réelle demande. La situation actuelle correspond à une phase de démarrage. Cette première étape visant à offrir un répit à l'entourage des clients dans des conditions où la sécurité sanitaire est remplie peut être considérée comme accomplie avec succès.

Le manque d'animation est un point qui pourrait être amélioré. Les proches aidants éprouvent naturellement un sentiment de culpabilité lorsqu'ils confient un client à un UATr, surtout s'ils ont l'impression qu'ils vont s'ennuyer ou être déstabilisés par ce changement. Il est donc important d'améliorer l'image des UATr auprès de la population et des professionnels de la santé et donc de compléter les prestations par un accueil et une animation plus fournis.

Voir recommandation B plus haut.

**Recommandation I** : au cas où aucun autre lieu ne serait disponible rapidement, l'aménagement des lieux (ameublement, décoration, éclairage) pourrait probablement être amélioré par exemple en confiant un mandat à un architecte d'intérieur pour trouver de bonnes solutions à faible coût.

Le développement des prestations de répit et la diversification de l'offre nécessite un pilotage et une surveillance plus globale, coordonnée par la Direction générale de la santé.

**Recommandation J** :

- a) promouvoir les activités de répit auprès des proches aidants, du réseau de soins et des médecins installés, par des informations dans la presse et des brochures destinées aux professionnels par exemple ;
- b) définir les institutions ou personnes accréditées pour offrir des prestations de répit (accueil temporaire de répit, baluchonnage, animation) et proposer des conditions financières équitables aux fournisseurs de soins ;
- c) développer ou faire développer le système d'information assurant le suivi des clients (décompte des jours d'hôtellerie, détermination des soins requis, dérogation pour l'âge de moins de 65 ans, dérogation pour plus de 45 jours, dossier infirmier structuré, comptabilité analytique).