

COUR DES COMPTES

RAPPORT N°72

DÉCEMBRE 2013

AUDIT DE GESTION

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG)

GESTION DES FILES D'ATTENTE



COUR DES COMPTES
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

LA COUR DES COMPTES

La Cour des comptes est chargée du contrôle indépendant et autonome des services et départements de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire, des institutions cantonales de droit public, des organismes subventionnés ainsi que des institutions communales.

La Cour des comptes vérifie d'office et selon son libre choix la **légalité** des activités et la **régularité** des recettes et des dépenses décrites dans les comptes, et s'assure du **bon emploi** des crédits, fonds et valeurs gérés par les entités contrôlées. Elle organise librement son travail et dispose de larges moyens d'investigation. Elle peut notamment requérir la production de documents, procéder à des auditions, à des expertises, se rendre dans les locaux de l'entité contrôlée.

Sont soumis au contrôle de la Cour des comptes :

- les départements,
- la chancellerie et ses services,
- l'administration du Pouvoir judiciaire,
- le Service du Grand Conseil,
- les institutions cantonales de droit public,
- les autorités communales et les institutions et services qui en dépendent,
- les institutions privées où l'État possède une participation financière majoritaire,
- les organismes bénéficiant de subventions de l'État ou des communes.

Les rapports de la Cour des comptes sont rendus **publics** : ils consignent ses observations, les conclusions de ses investigations, les enseignements qu'il faut en tirer et les recommandations conséquentes. La Cour des comptes prévoit en outre de signaler dans ses rapports les cas de réticence et les refus de collaborer survenus lors de ses contrôles.

La Cour des comptes publie également un **rapport annuel** comportant la liste des objets traités, celle de ceux qu'elle a écartés, celle des rapports rendus avec leurs conclusions et recommandations et les suites qui y ont été données. Les rapports restés sans effets ni suites sont également signalés.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en contactant la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités soumises à son contrôle, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement de ses tâches.

Contactez la Cour par courrier postal ou par le formulaire disponible sur Internet :

<http://www.cdc-ge.ch>

SYNTHESE

La Cour des comptes a choisi de s'intéresser à la problématique de la gestion des files d'attente au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), dès lors qu'il s'agit d'un sujet de préoccupation récurrent de la population genevoise et du parlement. Ainsi, en septembre 2007 déjà, le Grand Conseil invitait le Conseil d'État à présenter un « *projet tendant à la suppression des délais d'attente ainsi qu'à l'amélioration des conditions de sécurité au service des urgences des HUG* » (motion M 1781). La motion M 1795 du 13 novembre 2007 s'interrogeait quant à elle sur la problématique des délais pour les opérations chirurgicales programmées ou en urgence. Entre 2008 et 2009, les HUG ont effectué une étude d'image auprès du grand public et des patients dont il ressort que :

- le temps d'attente est jugé long aux urgences par 57 % du public et 51 % des patients ;
- le délai avant une opération est jugé trop long par 39 % du public et 28 % des patients.

Par ailleurs, plusieurs articles de presse récents ont fait état des difficultés que rencontrent les HUG à gérer les délais d'attente, notamment au service des urgences.

La notion d'attente est un sujet sensible dont la gestion est rendue complexe, d'une part en raison de sa composante subjective fondée sur le ressenti du patient et, d'autre part, en raison des interactions qu'elle implique entre les acteurs internes et externes aux HUG.

Tenant compte de ce contexte, la Cour des comptes a décidé d'effectuer un audit de gestion axé sur l'efficacité opérationnelle et l'utilisation des ressources humaines et matérielles dédiées à cette problématique d'attente au sein des HUG. Pour ce faire, la Cour a recensé et examiné les différents facteurs d'attente au sein des HUG, puis elle a analysé comment ces derniers traitent ce sujet, tout en tenant également compte des incidences des autres acteurs de la santé du canton.

L'audit ne se prononce pas sur la pertinence des délais d'attente en tant que tels, et la Cour n'a pas non plus porté d'appréciation sur les considérations médicales liées aux choix d'un médecin ou propres à une pathologie. De même, la Cour n'a pas souhaité mener dans cet audit des travaux de comparaison avec d'autres établissements.

Il ressort principalement de l'audit que les HUG doivent composer avec des ressources internes (humaines et techniques) limitées, partagées parfois entre les activités médicales des départements, la recherche universitaire et la formation aux soins. Ces éléments compliquent considérablement la gestion des délais d'attente. De même, les HUG ne sont qu'un des acteurs de la prise en charge des patients, et la gestion de l'attente dépend également des choix politiques cantonaux ou fédéraux ainsi que des actions effectuées par les autres professionnels de la santé (médecins de ville, réseau de soins à domicile, cliniques privées, EMS, etc.).

Par ailleurs, l'impact médiatique, mais également le ressenti souvent émotif et non mesuré des patients lors d'attente jugée inadéquate rendent encore plus difficile une gestion « sereine » de cette problématique. Cette médiatisation a pu amener le DARES et les HUG à prendre des mesures réactives ciblées sur un cas particulier sans avoir une approche globale de la problématique.

Il convient de souligner que les HUG mettent en œuvre les actions indispensables pour gérer les cas graves nécessitant des interventions d'urgence ou prioritaires. De même, les HUG ont lancé bon nombre de projets et d'initiatives qui, à des degrés divers, ont un impact sur la notion d'attente. La Cour a toutefois constaté que bien que cette préoccupation puisse être sous-jacente dans certaines prises de décision, aucune démarche globale et complète au niveau des HUG ou du canton n'a pour objectif de traiter l'« attente » comme un sujet à part entière.

Aussi, la Cour invite-t-elle les HUG à prendre en considération les objectifs d'optimisation en lien avec l'attente dans sa gestion globale et à mettre en place un pilotage général et transversal des files d'attente.

Pour rendre possible un tel pilotage, les HUG devront au préalable mener les actions suivantes :

- Effectuer un recensement exhaustif des délais d'attente existant au sein des HUG en matière de consultations et d'interventions électives et urgentes.

- Déterminer une définition et un mode de calcul commun du délai d'attente et fiabiliser les données. La fiabilisation des informations doit se faire par l'utilisation des systèmes d'information pour recenser et calculer les délais.
- Fixer des objectifs pour chacun des délais d'après les « normes » et benchmarks pertinents et valider la cohérence des délais entre départements. La mise en cohérence des objectifs en termes de délais doit être faite par un comité interdisciplinaire et validée par la direction générale.

Une fois ces prérequis mis en place, les HUG seront en mesure d'intégrer dans les processus de décision la problématique d'attente comme un des sujets à prendre en compte afin d'analyser régulièrement les écarts et adapter la stratégie en la matière. Cela pourra notamment permettre de piloter les délais d'attente en :

- Adaptant l'allocation des moyens de façon régulière en fonction des cibles à atteindre et de l'impact sur les autres acteurs au sein des HUG,
- Analysant les opportunités externes potentielles sur le plan économique et opérationnel pouvant permettre de réduire les files d'attente sans pour autant remettre en question les objectifs et fondements des HUG. À titre d'exemple, la direction générale des HUG pourrait définir une politique en termes de collaboration avec les cliniques privées pour l'utilisation des ressources de ces dernières.

La mise en œuvre par les HUG du pilotage global et transversal des files d'attente ne pourra se faire qu'à condition que le DARES et le DSE s'assurent que les réflexions et les efforts sur les sujets suivants soient poursuivis :

- Problématique de l'attente de transfert en EMS du point de vue opérationnel, financier et législatif ;
- Prise en charge des urgences au niveau cantonal en lien avec l'évolution des besoins de la population et de l'offre de soins ;
- Impact d'une sortie de plus en plus rapide de l'hôpital et du report de soins postopératoires sur les structures sociales ;
- Prise en compte de la problématique de l'attente dans l'élaboration de la liste hospitalière.

TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de ses missions, la Cour des comptes doit effectuer un suivi des recommandations émises aux entités auditées, en distinguant celles ayant été mises en œuvre et celles restées sans effets. À cette fin, elle a invité le DARES et les HUG à remplir le "tableau de suivi des recommandations et actions" qui figure au chapitre 7, et qui synthétise les améliorations à apporter et indique leur niveau de risque, le responsable de leur mise en place ainsi que leur délai de réalisation.

La Cour souligne la collaboration particulièrement constructive du DARES et des HUG dans le cadre de cet audit, de même que leur adhésion aux 16 recommandations. L'ensemble des rubriques du tableau a fait l'objet d'un remplissage adéquat par le DARES et les HUG qui ont affiché leur volonté d'apporter les améliorations recommandées.

OBSERVATIONS DE L'AUDITE

Sauf exceptions, la Cour ne prévoit pas de réagir aux observations de l'audit. Elle estime qu'il appartient au lecteur d'évaluer la pertinence des observations de l'audit eu égard aux constats et recommandations développés par la Cour.

TABLE DES MATIÈRES

1.	CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT	6
2.	MODALITES ET DÉROULEMENT DE L'AUDIT	8
3.	CONTEXTE GENERAL	11
3.1.	La notion d'attente	11
3.2.	Les facteurs d'attente aux HUG (ou les éléments intervenant dans l'attente)	12
3.3.	La gestion des files d'attente aux HUG	14
4.	ANALYSE – GESTION DE L'ATTENTE AUX HUG	17
4.1.	Consultations électorales aux HUG	17
4.1.1.	Contexte	17
4.1.2.	Constats	21
4.1.3.	Risques découlant des constats	22
4.1.4.	Recommandations	22
4.1.5.	<i>Observations des HUG</i>	23
4.2.	Consultations et admissions en urgence (adultes)	24
4.2.1.	Contexte	24
4.2.2.	Constats	30
4.2.3.	Risques découlant des constats	31
4.2.4.	Recommandations	31
4.2.5.	<i>Observations des HUG</i>	32
4.2.6.	<i>Observations du DARES</i>	33
4.3.	Les interventions chirurgicales / la capacité opératoire	34
4.3.1.	Contexte	34
4.3.2.	Constats	38
4.3.3.	Risques découlant des constats	40
4.3.4.	Recommandations	41
4.3.5.	Observations des HUG	42
4.4.	Séjour hospitalier suite à une opération ou pour un traitement médical	43
4.4.1.	Contexte	43
4.4.2.	Constats	46
4.4.3.	Risques découlant des constats	47
4.4.4.	Recommandations	47
4.4.5.	<i>Observations des HUG</i>	49
4.4.6.	<i>Observation du DARES</i>	49
5.	CONCLUSION	50
5.1.1.	<i>Observations des HUG</i>	52
5.1.2.	<i>Observations du DARES</i>	52
6.	ANNEXE : LES HUG	53
6.1.	Les HUG au sein du système de santé	53
6.1.1.	Les acteurs de la santé	53
6.1.2.	Les organes de tutelle	55
6.1.3.	La liste hospitalière et le système de financement de la santé	56
6.2.	Les HUG : mission et stratégie	58
6.2.1.	Mission	58
6.2.2.	Vision stratégique	59
6.3.	Les HUG : structure et organisation	61
6.4.	Les HUG : surveillance et pilotage	64
6.4.1.	Surveillance de l'État	64
6.4.2.	Pilotage et performance au sein des HUG	64
6.5.	Les HUG en quelques chiffres pour 2012	65
7.	TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS	68
8.	DIVERS	74
8.1.	Glossaire des risques	74
8.2.	Remerciements	76

1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT

La question de la gestion des files d'attente au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après « HUG ») représente depuis plusieurs années un sujet récurrent au sein de la population genevoise et des instances parlementaires. Par le dépôt de la motion M 1781 en septembre 2007, le Grand Conseil invitait le Conseil d'État à présenter un « *projet tendant à la suppression des délais d'attente ainsi qu'à l'amélioration des conditions de sécurité au service des urgences des HUG* ». Dans la motion M 1795 du 13 novembre 2007, il s'agissait d'aborder la problématique des délais pour une opération chirurgicale programmée ou en urgence.

Une étude d'image des HUG menée entre 2008 et 2009 auprès du grand public et des patients fait ressortir que :

- le temps d'attente est jugé long aux urgences par 57 % du public et 51 % des patients ;
- le délai avant une opération est jugé trop long par 39 % du public et 28 % des patients.

Par ailleurs, plusieurs articles de presse récents faisaient état des difficultés que rencontrent les HUG à gérer les délais d'attente, notamment au service des urgences.

Tenant compte de ce contexte, la Cour des comptes a choisi de s'intéresser à la problématique de la gestion des files d'attente au sein des HUG tant sous l'angle de l'efficacité opérationnelle que sous l'angle financier avec l'utilisation des ressources humaines et matérielles dédiées à cette problématique.

Dès lors que les HUG sont une entité subventionnée et qu'il appartient à la Cour de s'assurer notamment de la légalité des activités et des opérations, de la régularité des comptes, ainsi que du bon emploi des crédits, fonds et valeurs mis à disposition d'entités publiques, la Cour est compétente pour mener une telle mission (article 1 al. 2 LICC).

Ainsi, par lettre du 3 août 2012 adressée au Président du Conseil d'administration des HUG, la Cour a fait part de sa décision de procéder à un audit de gestion de la gestion des files d'attente au sein des HUG.

Le présent audit a pour objectif de recenser et examiner les différents facteurs influençant la problématique d'attente au sein des HUG et d'analyser comment les HUG traitent ce sujet. L'audit ne porte pas sur une appréciation des délais d'attente en tant que tels mais sur la façon dont les HUG les appréhendent et les gèrent. L'objectif de l'audit est d'avoir une vision globale de la problématique d'attente au sein des HUG en tenant également compte des incidences exercées par d'autres acteurs de la santé du canton.

En revanche, la Cour n'a pas porté d'appréciation sur les considérations médicales liées aux choix d'un médecin ou propres à une pathologie. De même, la Cour n'a pas souhaité mener dans cet audit des travaux de comparaison avec d'autres établissements.

La Cour a dès lors choisi de faire porter ses travaux sur quatre problématiques au sein des HUG dans lesquelles la notion d'attente occupe une place importante :

- Les consultations électives ;
- Les consultations et admissions d'adultes en urgence ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Le séjour hospitalier.

Souhaitant être la plus efficace possible dans ses travaux, la Cour examine lors de ses investigations **l'ensemble des rapports d'audits préalables** effectués par des tiers, tant internes qu'externes (rapports de l'Inspection cantonale des finances, rapports de la Commission de Contrôle de Gestion du Grand Conseil, rapports de la Commission d'Évaluation des Politiques Publiques, etc.), de même que les **plans de mesures P1 / P2 / P+ du Conseil d'État**, portant sur les mêmes thématiques que le présent rapport.

En outre, conformément à son souhait de **contribuer à une coordination efficace des activités des différentes instances de contrôle** actuellement à l'œuvre à l'État de Genève, la Cour a examiné la planification semestrielle des contrôles de l'Inspection cantonale des finances (ICF) et l'a informée de sa mission.

2. MODALITES ET DÉROULEMENT DE L'AUDIT

La Cour a conduit cet audit entre septembre 2012 et septembre 2013 sur la base des documents remis par les principaux acteurs concernés ainsi qu'en menant des entretiens ciblés au sein des HUG et des différents acteurs de la santé au sein du canton.

Directions et services HUG rencontrés

- Direction générale
- Direction de l'analyse médico-économique (DAME)
- Direction des opérations (DO)
- Direction projets et qualité (DPQ)
- Direction du secteur privé
- Direction des Ressources Humaines
- Service d'audit et du contrôle interne
- Chef du département de chirurgie
- Chef du service de chirurgie viscérale
- Chef du département d'imagerie
- Chef du département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie (DMIRG)
- Chef du département d'anesthésiologie (APSI)
- Chef du service de neurochirurgie
- Chef du service des urgences
- Responsable de l'unité de chirurgie cervico faciale et Président de la commission des blocs
- Département de gynécologie et d'obstétrique
- Département de l'enfant et de l'adolescent
- Administrateur du DMIRG
- Administrateur du département de chirurgie
- Administratrice du département de réadaptation et de médecine palliative
- Service de l'information décisionnelle (SID) (DAME)
- Responsable de la gestion des flux patients (DO)
- Responsable des blocs opératoires (DO)
- Bureau de programmation opératoire
- Responsable des assistantes sociales
- Chefs de projets (DPQ)
- Responsable IAG médecine interne
- Coordinatrice de projets - service des urgences
- Secrétariat chirurgie viscérale
- Secrétariat du service de neurochirurgie
- Secrétariat d'orthopédie
- Case manager
- Service bâtiments et techniques, en charge du projet BDL2
- Service médiation

Autres acteurs de la santé

- Secrétariat général du DARES
- Direction générale de la santé (DARES/DGS)
- Direction générale de l'action sociale (DSE/DGAS)
- Service de la planification et du réseau de soins (DARES/DGS)
- Direction générale de l'IMAD
- EMS "La Maison de Vessy"

- EMS Petite-Boissière
- Association des médecins de Genève (AMGE)
- Association des cliniques privées
- Réseau urgences Genève (RUG)
- GMO / Cité génération

Il est à relever que la Cour privilégie avec ses interlocuteurs une démarche constructive et participative visant à la **recherche de solutions améliorant le fonctionnement de l'administration publique**. De ce fait, la Cour a pu proposer aux intervenants rencontrés différentes possibilités d'amélioration de leur gestion, dont la faisabilité a pu être évaluée et la mise en œuvre appréciée sous l'angle **du principe de proportionnalité**.

La Cour a conduit son audit conformément aux **normes internationales d'audit** et aux **codes de déontologie** de l'International Federation of Accountants (IFAC) et de l'Organisation Internationale des Institutions Supérieures de Contrôle des Finances Publiques (INTOSAI), dans la mesure où ils sont applicables aux missions légales de la Cour.

En pratique, la méthodologie de la Cour des comptes est la suivante :

1^{ère} phase : Planification

Cette phase consiste à définir et à mobiliser les ressources et les compétences les mieux adaptées à la mission, que ce soit auprès des collaborateurs de la Cour des comptes ou auprès de tiers, et à déterminer les outils méthodologiques à utiliser.

2^{ème} phase : Préparation de l'audit

Cette phase consiste à identifier auprès de l'entité auditée quels sont ses bases légales et ses intervenants-clés, à comprendre son organisation et son fonctionnement, à collecter des données chiffrées et à procéder à l'analyse des risques qui lui sont propres. À ce stade, un plan de mission est rédigé avec notamment les objectifs de la mission, les moyens à disposition, les travaux dévolus à chaque intervenant de la Cour et les délais impartis dans le déroulement de la mission.

3^{ème} phase : Récolte d'informations

Cette phase consiste à déterminer les sources de l'information pertinente, à savoir quelles sont les personnes-clés à contacter et quelles sont les informations qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs. Ensuite, les collaborateurs de la Cour et/ou les tiers mandatés procèdent à des entretiens et collectent les informations requises.

4^{ème} phase : Vérification et analyse de l'information

Cette phase consiste d'une part à s'assurer que les informations récoltées sont fiables, pertinentes, complètes et à jour et d'autre part à les analyser et à les restituer sous la forme de documents de travail.

5^{ème} phase : Proposition de recommandations

Cette phase consiste à établir les constatations significatives, à déterminer les risques qui en découlent et enfin à proposer des recommandations afin de rétablir la légalité des opérations, la régularité des comptes ou d'améliorer la structure ou le fonctionnement de l'organisation.

6^{ème} phase : Rédaction du rapport

Cette phase consiste à rédiger le rapport conformément aux documents de travail et à la structure adoptée par la Cour des comptes.

7^{ème} phase : Validation du rapport

Cette phase consiste à discuter le contenu du rapport avec l'entité auditée, avec pour objectif de passer en revue les éventuelles divergences de fond et de forme et de s'accorder sur les priorités et délais des recommandations.

Ainsi, chaque thème développé dans ce rapport fait l'objet d'une mise en contexte, de constats, de risques découlant des constats et de recommandations (numérotées en référence aux constats) soumis aux observations de l'audité.

Les risques découlant des constats sont décrits et qualifiés en fonction de la **typologie des risques encourus**, risques définis dans le Glossaire qui figure au chapitre 8.

Afin de faciliter le suivi des recommandations, la Cour a placé au chapitre 7 un tableau qui **synthétise les améliorations à apporter** et pour lequel l'entité auditée indique le niveau de **risque**, le **responsable** de leur mise en place ainsi que leur **délai de réalisation**.

3. CONTEXTE GENERAL

Le contexte général de ce rapport traite de la notion d'attente et des facteurs d'attente au sein des HUG. Afin de présenter l'environnement dans lequel les HUG évoluent, une annexe 6 a été jointe au rapport décrivant :

- Les HUG au sein du système de santé (les acteurs de la santé, les organes de tutelle et le système de financement) ;
- La mission et la stratégie des HUG ;
- La structure et l'organisation des HUG ;
- La surveillance et le pilotage des HUG ;
- Et enfin les HUG en quelques chiffres clés.

3.1. La notion d'attente

La notion du temps d'attente est complexe en soi. Dans le domaine médical, plusieurs points de départ et d'arrivée peuvent être identifiés :

- points de départ : apparition des symptômes, prise de rendez-vous chez le généraliste, prise de rendez-vous chez le spécialiste, réservation d'une date d'intervention, etc.
- points d'arrivée : intervention d'un spécialiste, début des soins, guérison du patient, etc.

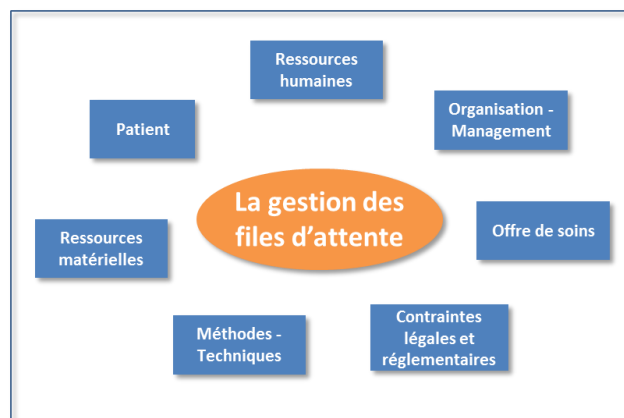
Différentes attitudes peuvent être liées à l'attente : l'ennui, le désir, l'appréhension, l'incertitude, l'impatience, etc. La notion d'attente est ainsi éminemment subjective. En effet, en fonction de l'état de santé du patient, de son environnement familial et professionnel et du niveau d'information obtenue de la part du médecin ou des HUG, l'attente sera perçue différemment. De même, cette perception peut être toute relative par rapport à des phénomènes externes tels que l'avancement plus rapide d'une file par rapport à une autre.

Enfin, la notion d'attente « perçue » par le patient peut être différente de celle calculée ou perçue par le personnel soignant.

Dans les faits, en matière médicale, il peut parfois être normal d'attendre (délai de réflexion entre la consultation et la fixation de la date de l'intervention chirurgicale), et une partie de l'attente peut également être imputable au patient lui-même (par exemple le délai qui court entre l'apparition des symptômes jusqu'à la première consultation chez un généraliste). L'attente va devenir réellement critique à partir du moment où elle va engendrer une détérioration de l'état de santé du patient.

3.2. Les facteurs d'attente aux HUG (ou les éléments intervenant dans l'attente)

Le schéma ci-contre ainsi que les paragraphes subséquents résultent de l'analyse de la Cour et présentent les principaux éléments pouvant être à l'origine ou ayant un fort impact sur la notion d'attente.



Le patient

Le patient est à la fois victime et acteur de la problématique de l'attente. Victime, car dépendant de la réponse apportée par le personnel soignant et les institutions de soins quant à sa prise en charge. Acteur, car l'attente est fortement liée à sa perception du phénomène, à son état physique ou psychologique pouvant retarder ou avancer une intervention, ou à son propre souhait de consulter, d'avancer ou de retarder une intervention.

Il est à noter par ailleurs une forte évolution sociologique et culturelle de la population qui tend à la fois vers l'immédiateté (« le tout, tout de suite ») et vers le consumérisme en matière de soins.

De même, les attentes des patients sont de plus en plus fortes en termes de qualité des soins et de réactivité du personnel soignant. En même temps, les maladies sont devenues de plus en plus complexes à traiter car les patients sont de plus en plus âgés et on constate une augmentation des cas de polymorbidités. Les prévisions quant au recours aux soins sont en grande partie déterminées par la structure démographique de la population. En 2040, une personne sur cinq aura plus de 65 ans à Genève et le nombre des plus de 80 ans aura doublé par rapport à 2012¹.

L'organisation et le management

Les orientations prises par le management exercent une grande influence sur la gestion de l'attente. En particulier, la qualité de service public souhaitée, l'utilisation faite des moyens financiers à disposition ainsi que les axes prioritaires du plan stratégique défini par les HUG sont des facteurs importants.

Les méthodes et les techniques

Les méthodes et techniques utilisées concourent également à l'évolution du niveau des délais d'attente. Parmi celles-ci, nous pouvons citer les progrès

¹ Source : Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie du 31 octobre 2012.

techniques notamment pour les examens cliniques et les opérations ainsi que le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les ressources humaines

Les ressources humaines constituent un élément important dans la gestion des files d'attente et peuvent les influencer en fonction des éléments suivants :

- les effectifs totaux et par catégorie de personnel ;
- les profils, les compétences et la répartition des tâches ;
- la disponibilité du personnel notamment en lien avec les horaires de travail, les temps de récupération, les congés (vacances, maternité), le temps consacré à la formation ou à la recherche pour certaines catégories de personnel, le taux d'absentéisme ;
- la rotation du personnel et le délai de recrutement.

Il est à noter également l'impact important de la culture d'entreprise sur l'engagement et la motivation du personnel pouvant entraîner des variations dans le délai de prise en charge des patients.

Des éléments externes peuvent aussi exercer une influence sur la gestion des ressources humaines. Cela fut le cas notamment lors de la levée de la clause du besoin début 2012 qui a conduit à un départ important de praticiens des HUG pour s'installer en ville. La clause du besoin permet au canton de réguler le nombre d'ouvertures de cabinets médicaux et l'offre de soins ambulatoires. La clause du besoin a été rétablie de manière urgente par le parlement fédéral au 1^{er} juillet 2013, et ce pour une durée de 3 ans. Pendant la période où la clause du besoin était levée, le DARES a reçu plus de 700 demandes d'autorisations de pratique de médecins exerçant aux HUG ou ailleurs.

Les ressources matérielles

L'attente peut aussi être la conséquence d'un nombre insuffisant ou d'une mauvaise utilisation de moyens matériels en comparaison du nombre de patients à traiter. Ces ressources matérielles, utilisées par l'ensemble des spécialités, se composent notamment :

- Du nombre et de la structure des blocs et salles d'opération ;
- De l'équipement des salles, notamment les systèmes de robotique ;
- Du matériel d'imagerie et de laboratoire ;
- Du nombre de lits pouvant recevoir des patients, et cela par unités ou services ;

L'utilisation optimale des ressources matérielles dépend de leur affectation par spécialité.

La configuration/topologie des lieux peut rendre plus ou moins aisés le traitement des patients et l'utilisation du matériel et ainsi avoir un impact sur le temps de prise en charge.

L'offre de soins

La politique cantonale en termes de planification hospitalière, notamment pour la répartition de pôles de spécialités entre établissements, de retour à domicile ou d'ouverture d'EMS, peut avoir un impact sur les délais d'attente aux HUG. De même, les alternatives aux HUG proposées au niveau cantonal au travers par exemple des cliniques privées, des groupements tels le GMO ou l'initiative du RUG, ont également un impact sur le flux d'entrée aux HUG et potentiellement l'attente des patients.

Il est à noter qu'il peut exister des mandats de coopération entre les HUG et les cliniques privées ou des accords intercantonaux de répartition des patients en fonction des spécialités. Cela fut le cas pour les opérations de prothèses totales de hanches où un accord de collaboration fut signé le 30 juin 2008 avec l'hôpital de Nyon dans le canton de Vaud.

Les contraintes légales et réglementaires

Le statut d'hôpital universitaire des HUG implique une activité de formation et de recherche et la prise en charge des cas les plus complexes. Cette activité affecte directement le temps de disponibilité du personnel mais permet par ailleurs d'attirer et de retenir des spécialistes.

Par ailleurs, le système d'assurance-maladie influence fortement le comportement des patients, notamment dans le choix des établissements hospitaliers entre « privé » et « public ».

Enfin la loi sur le travail affecte fortement la gestion du personnel des HUG, en particulier en termes d'horaires journaliers et hebdomadaires.

3.3. La gestion des files d'attente aux HUG

La mise en place du plan stratégique

Dans le cadre de leur plan stratégique 2010-2015, les HUG ont défini 52 projets qui pour certains ont un impact plus ou moins direct sur la gestion des files d'attente. La Cour liste ci-après quelques-uns de ces projets dont l'impact est le plus significatif.

Nom du projet	Exemples d'impact sur les files d'attente
S4 : développement des compétences gériatriques au sein des HUG et d'une structure d'accueil aux Trois-Chêne	Flux d'entrée au service des urgences
S8 : articulation des relations avec la Ville et les médecins hors HUG	Flux d'entrée au service des urgences
S9 : focalisation et optimisation de la gestion des consultations	Délais pour obtenir une consultation
S10 : désengorgement sur service des urgences	Délais de prise en charge au sein du SU
P1 : optimisation du plateau technique d'imagerie	Délais d'attente pour la prise de rendez-vous
P2 : optimisation et dégagement de capacités opératoires dans les blocs opératoires et réduction des délais d'attente	Délais d'attente relatifs aux interventions programmées et aux interventions en urgences
P3 : centralisation et optimisation de la gestion des lits de soins continus	Délais d'attente pour l'obtention d'un lit
P7 : prescrire juste	Délais relatifs aux examens
P8 : amélioration de la fluidité des transferts en interne	Délais d'attente pour l'obtention d'un lit, d'une consultation
P9 : meilleure préparation de la sortie des patients	Délais d'attente pour l'obtention d'un lit
R1 : attraction et rétention des meilleurs talents	Délais d'attente relatifs aux interventions, à la disponibilité des lits

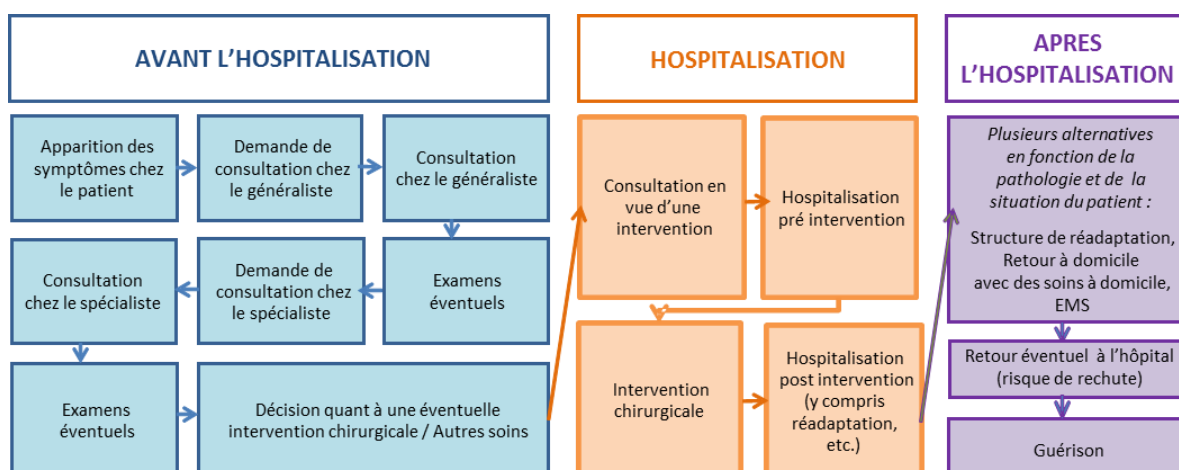
R6 : planification des besoins en ressources humaines	Délais d'attente relatifs aux interventions, à la disponibilité des lits
A2 : bâtiment des lits 2 (BdL2)	Délais d'attente pour l'obtention d'un lit ou d'une date opératoire

L'avancement des projets ci-dessus est variable et dépend fortement des priorités fixées par la direction générale et des contraintes budgétaires et humaines propres à chacun de ces projets. Par ailleurs, le plan Per4mance influence la progression des projets en fonction des décisions qui ont été prises, notamment en termes de priorité et d'allocation des ressources humaines et matérielles.

La gestion opérationnelle des flux patients au sein des HUG

D'une manière générale, la gestion des flux patients a pour objectif de garantir la fluidité du parcours patient de manière transverse, soit de l'entrée jusqu'à la sortie de l'hôpital, tout en veillant à éviter l'engorgement de l'établissement.

A titre d'illustration, le schéma ci-dessous présente un exemple de ce que peut être un « trajet/flux » dans le cas d'un patient HUG devant subir une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation :



Cas d'une opération chirurgicale nécessitant une consultation chez le généraliste, une consultation chez le spécialiste, des examens pré-hospitaliers et pré-opératoires, l'intervention chirurgicale et un traitement de réadaptation avant la « guérison » totale.

Ce schéma confirme la multitude d'actions et d'acteurs pouvant intervenir tout au long des flux patients et pouvant ainsi générer ou nécessiter, à chaque étape, un délai d'intervention et potentiellement un temps d'attente.

Au sein des HUG, la gestion des flux patients est de la responsabilité de la direction des opérations (DO) en collaboration avec tous les autres acteurs des hôpitaux comme les départements, les services et les unités, le plateau technique. La DO a été créée en octobre 2010 et outre le service de la gestion des flux patients, elle regroupe également la gestion de l'accueil patients, des blocs opératoires, la pharmacie et la stérilisation.

En lien avec la diminution des files d'attente, la DO s'est notamment fixé les priorités de développement 2011-2015 suivantes en matière de gestion des flux patients :

- améliorer la fluidité des transferts patients en interne, en créant une cellule de gestion des flux patients centralisée,
- développer la programmation opératoire en direct avec le patient, afin d'augmenter la satisfaction client (renseignements donnés en temps réel) et diminuer les annulations ; un bureau de programmation opératoire a été créé en janvier 2013 pour favoriser la centralisation de la programmation et communiquer une date d'opération au patient dès la sortie de la consultation.

Dans un objectif global d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et de diminution de la variabilité des pratiques pour les patients ayant un même diagnostic, les HUG ont initié en 2011 trois itinéraires cliniques : insuffisance cardiaque, cancer du sein, prothèse totale de hanche. L'itinéraire clinique correspond à la description détaillée des étapes de prise en charge d'un patient pour une pathologie, une intervention ou une situation de dépendance spécifique. Cette démarche peut à terme réduire le temps de prise en charge et permettre une meilleure utilisation des ressources.

La mise en place d'indicateurs et de tableaux de bord

Les HUG ont défini un ensemble d'indicateurs au niveau institutionnel (tableau de bord institutionnel) et des indicateurs opérationnels propres à chaque département ou service en fonction des besoins.

Les principaux indicateurs institutionnels relatifs aux délais d'attente sont les suivants:

- le délai d'admission aux urgences en fonction du degré d'urgence,
- le délai pour la prise de rendez-vous en consultation et la planification de l'intervention pour les prothèses de hanche et le cancer du sein,
- le temps d'attente moyen pour les patients avec un traitement aigu terminé devant sortir des HUG pour être placés dans un autre établissement (EMS, par exemple).

Ces indicateurs institutionnels sont également mentionnés dans le cadre du contrat de prestations conclu entre l'État et les HUG, et du projet de budget par politique publique 2013 de l'État.

D'autres indicateurs spécifiques sont également suivis mensuellement par les départements et remontés à la direction générale :

- département de gynécologie et d'obstétrique : par exemple délai d'attente pour une première consultation en sénologie (semaines), délai d'attente pour une intervention d'hystérectomie par laparotomie (semaines), etc.,
- département de neurosciences cliniques : par exemple délai d'attente pour une consultation de la cataracte, délai d'attente pour une intervention liée à des pathologies vertébrales, etc.,
- département de chirurgie : par exemple délai d'attente pour une consultation relative à une hernie, délai d'attente pour une intervention du cancer du côlon, etc.

Ces délais correspondent à une moyenne relevée par les Infirmiers assistants de gestion (IAG) de la direction des opérations (DO) et par les secrétaires des professeurs, des médecins-adjoints et des chefs de clinique. Par ailleurs, les départements disposent de tableaux de bord et de statistiques internes pour les aider dans la gestion quotidienne de leur activité.

4. ANALYSE – GESTION DE L'ATTENTE AUX HUG

Remarque liminaire :

Les sujets abordés dans ce rapport et notamment les recommandations proposées par la Cour sont à considérer sous l'angle exclusif de la gestion de l'attente. L'analyse est axée sur quatre domaines d'activités différents des HUG où la problématique de l'attente prend une place importante :

- Consultations électives aux HUG (chapitre 4.1) ;
- Consultations et admissions en urgence (adultes) (chapitre 4.2) ;
- Les interventions chirurgicales et la capacité opératoire (chapitre 4.3) ;
- Le séjour hospitalier suite à une opération ou pour un traitement médical (chapitre 4.4).

La gestion globale des HUG doit prendre en considération plusieurs objectifs comme des objectifs stratégiques, financiers, opérationnels mais également des objectifs d'optimisation de la gestion de l'attente.

4.1. Consultations électives aux HUG

4.1.1. Contexte

D'une manière générale, deux grands types de consultations sont réalisées par les HUG : les consultations urgentes et les consultations électives ou programmées². Les consultations urgentes s'effectuent au sein des différents services d'urgence des HUG, dont le service des urgences adultes (SU). Les consultations électives passent par un rendez-vous programmé et s'effectuent quant à elles au sein des différents départements et services des HUG : par exemple le service de neurochirurgie du département de neurosciences cliniques ou encore le service d'orthopédie du département de chirurgie, etc.

À noter que certains départements ont également mis en place une organisation visant à traiter les consultations dites semi-urgentes. C'est le cas par exemple du département de neurosciences cliniques qui a créé, depuis 2011, une policlinique de neurochirurgie où les médecins traitants peuvent adresser leurs patients en urgence s'ils estiment qu'ils ne peuvent attendre un rendez-vous en consultation ambulatoire avec un médecin. Un médecin interne du service de neurochirurgie répond ainsi tous les jours aux médecins traitants, évalue le degré d'urgence et donne un rendez-vous dans la journée ou le lendemain si l'urgence est réelle. Si ce n'est pas le cas, un rendez-vous en consultation ambulatoire avec un médecin sera donné au patient via le secrétariat de neurochirurgie.

En 2012, les HUG ont effectué 839'850 consultations. Cela inclut toutes les visites planifiées ainsi que les consultations au service des urgences. La prise en charge en urgence est analysée dans le chapitre 4.2.

² Pour la suite du rapport, seul le terme « électif » sera utilisé ; il fait référence à une action (consultation ou opération) programmée, connue par les parties prenantes, par opposition à une prise en charge en urgence.

Les consultations électorales

En règle générale, afin d'obtenir une première consultation aux HUG, il est demandé au patient de s'adresser à son médecin traitant qui obtiendra lui-même un rendez-vous auprès d'un spécialiste des HUG. Les patients des HUG sont en principe référés par les médecins traitants, mais il peut également arriver que des patients prennent directement contact avec les secrétariats médicaux des HUG. Cette seconde hypothèse est de plus en plus fréquente.

Les demandes de consultation se font généralement par téléphone ou par fax auprès des secrétariats médicaux concernés. La plupart des chefs de service ont une secrétaire personnelle. Les patients leur sont envoyés personnellement, et ils traitent les cas les plus complexes. Les chefs de clinique et les médecins internes bénéficient d'un secrétariat commun. La secrétaire oriente le patient en fonction de la disponibilité et de la spécialisation des médecins.

Les demandes de consultations peuvent concerner à la fois des premières consultations ou des consultations de suivi. Les secrétaires filtrent les appels des patients et peuvent les renvoyer vers leur médecin traitant ou un médecin spécialiste de la ville s'ils n'ont pas de dossier médical à présenter.

Afin d'organiser leurs consultations, les médecins disposent de plages horaires (appelées « vacations ») de consultation prédéfinies dans la semaine. À noter que le département d'orthopédie s'est organisé en équipe spécialisée permettant une gestion par « pool » des médecins par spécialité (équipe épaule, équipe hanche, équipe genoux... etc.). Chaque équipe dispose d'une secrétaire et de vacations propres.

Au cours de l'année 2013, les HUG ont également mis en place un système de prise de rendez-vous électronique permettant aux médecins de ville d'adresser leurs patients aux différents services des HUG³.

Suite à la première prise de contact, la secrétaire transmet le dossier du patient au médecin qui détermine la priorité de la consultation. Les secrétaires communiquent ensuite la date de rendez-vous au patient le jour même de la consultation, dans la mesure du possible, ou dans la semaine qui suit.

La gestion des consultations s'effectue notamment via l'outil GRECO qui permet d'avoir une vue d'ensemble de tous les rendez-vous du patient : consultation, examens, suivi, etc., impression automatique des convocations pour les patients et lien avec les unités d'admissions. Certaines secrétaires n'utilisent pas encore l'agenda institutionnel GRECO et gèrent les consultations via Outlook. De même, les chefs de service utilisent l'agenda Outlook pour la gestion de leurs activités périphériques hors consultations et opérations telles que les colloques, l'enseignement ou la recherche.

Par ailleurs, les HUG ont récemment mis en place des centres permettant de regrouper les spécialités en lien avec un organe ou une pathologie (par exemple, le centre d'oncologie, le centre des affections hépato-biliaires et pancréatiques, etc.).

³ Le site internet des HUG offre en effet aux professionnels de la santé la plateforme « demande de rendez-vous en ligne » destinée aux médecins de ville ou hors de Genève (www.hug-ge.ch/demande-de-rendez-vous-en-ligne). 13 services du département des spécialités de médecine et l'unité d'investigation et de traitements brefs figurent sur le site.

Les centres sont des structures transversales regroupant des activités, des unités et/ou services médicaux qui peuvent être rattachés à des départements différents et permettent de mettre en place un parcours de soins optimal et cohérent quel que soit le service qui accueille initialement les patients.

Les patients ne prennent pas contact directement avec les centres pour une consultation ou une prise en charge, mais via un des secrétariats médicaux des services concernés.

La gestion de l'attente

L'attente pour une consultation commence au moment où le patient ou son médecin décide de prendre un rendez-vous avec un spécialiste des HUG et elle se termine au moment où le patient a été vu par ledit spécialiste. Cette attente pour le patient peut ainsi se décomposer en plusieurs délais :

- Le délai pour atteindre le secrétariat du spécialiste HUG ;
- Le délai entre le moment de l'appel et la communication de la date de consultation ;
- Et enfin le délai jusqu'à la visite chez le spécialiste.

La date de consultation dépend en premier lieu du degré d'urgence, mais également de la disponibilité des médecins. Si le cas est prioritaire, un créneau approprié est trouvé ; pour les autres cas, il peut y avoir un délai d'attente en fonction de la file d'attente existante et de la capacité de consultation des praticiens. En effet, les consultations se font sur des jours prédéfinis de la semaine (2 à 3 jours selon les médecins), et le reste du temps le médecin peut être en salle d'opération ou se consacrer à des activités périphériques (colloques, enseignement). Le médecin peut moduler son emploi du temps pour recevoir des patients le samedi par exemple. Il existe une interdépendance entre l'attente pour une consultation et l'attente pour une opération : plus le chirurgien opère, moins il aura de temps pour consulter et vice-versa.

Les HUG suivent mensuellement les délais d'attente pour les consultations pour les pathologies considérées comme « majeures ». Il n'existe toutefois aucune définition de ce qui doit être considéré comme majeur. Les délais sont renseignés chaque début de mois par les secrétaires des services médicaux. Il s'agit d'un délai estimé de manière empirique entre la prise de rendez-vous et la première date disponible sur l'agenda du praticien en question.

Les délais d'attente relatifs aux prothèses de hanche et au cancer du sein sont mentionnés dans le contrat de prestations et suivis de façon spécifique par les HUG.

Le suivi réalisé par les HUG montre qu'à fin 2012, les délais d'attente pour une consultation variaient entre 1 à 28 semaines selon les pathologies. Les HUG précisent notamment que :

- Les cas de cancer sont traités en priorité ;
- Les délais de consultation de certaines pathologies sont en augmentation depuis 2011 suite au départ de plusieurs chirurgiens. Ainsi pour le bypass gastrique, la Cour a noté que début 2011, le délai d'attente pour obtenir une consultation était de 11 semaines contre 28 semaines à fin 2012. Les HUG disposaient alors de trois chirurgiens spécialisés pour cette pathologie contre seulement un seul en 2012.
- Il arrive que le nombre de consultations hebdomadaires consacré à chaque pathologie soit revu notamment en réaction à des pressions politiques et médiatiques.

À titre d'illustration, c'est à la suite de problèmes relevés par le Grand Conseil et les médias concernant les délais d'attente pour une consultation orthopédique que le nombre de consultations relatif à cette spécialité avait été augmenté en 2009. Ceci avait permis de faire rapidement diminuer les délais d'attente pour la consultation. Cette augmentation ne s'étant néanmoins pas accompagnée immédiatement d'une augmentation conjointe de la capacité opératoire, les délais d'attente pour une intervention avaient quant à eux augmenté.

Par ailleurs, une enquête⁴ de satisfaction a été lancée par les HUG et l'AMG (Association des médecins du canton de Genève) auprès des médecins de ville du canton de Genève afin de connaître leur opinion vis-à-vis des hospitalisations de leurs patients aux HUG. Cette enquête a notamment permis de mettre en évidence la difficulté des médecins de ville à avoir accès facilement aux spécialistes ou services des HUG :

- « *par rapport au département (ou service) où les médecins hospitalisent le plus fréquemment, plus de deux sur trois⁵ (68.5 %) déclarent connaître les coordonnées d'une personne qui soit en charge de l'organisation des admissions électives. Parmi ces médecins (N=289), la plupart estiment que cette personne en charge des admissions est utile (74.4 %), disponible (66.6 %) et atteignable (67.9 %) » ;*
- « *une proportion relativement importante de médecins de ville estime que la procédure n'est pas assez rapide (31.4 %). Près de la moitié est d'accord avec l'opinion que la procédure est efficace (48.9 %) et près de quatre sur dix (43.3 %) avec l'opinion qu'elle est simple » ;*
- « *concernant le délai d'admission des patients, un peu plus d'un médecin sur deux estime qu'il est long ou très long (très long 16.3 %, long 36.5 %, adéquat 47.3 %) » ;*
- « *près d'un médecin de ville sur deux (48.3 %) déclare avoir déjà adressé des patients aux urgences des HUG parce que l'organisation d'une admission élective représentait une tâche trop difficile (personne responsable absente, médecin HUG injoignable, etc.).*

Ces éléments peuvent avoir un impact quant au délai d'obtention d'un rendez-vous pour le patient.

Enfin, il est à noter que les HUG ont lancé, dans le cadre de deux projets du plan stratégique 2010-2015, un ensemble d'actions en lien avec les relations avec les médecins de ville : projet S8 « articulation des relations avec la ville et les médecins hors-HUG » et projet S9 « focalisation et optimisation de la gestion des consultations et relations avec les médecins hors HUG ». Ces deux projets, récemment fusionnés, ont pour principaux objectifs de :

- identifier les attentes des médecins de ville ;
- renforcer le lien avec la médecine de ville, en aval, en amont et pendant l'hospitalisation ;
- améliorer l'économicité des consultations.

⁴ Cette enquête s'est déroulée entre novembre 2010 et février 2011. 463 médecins ont retourné le questionnaire rempli, soit un taux de participation de 47.5 %. Les résultats ont été communiqués en 2012 par les HUG.

⁵ Les proportions indiquées dans cette enquête doivent être ramenées aux médecins de ville qui ont répondu.

4.1.2. Constats

- **Constat 1 : Manque d'exhaustivité et de fiabilité des indicateurs relatifs à l'attente pour une consultation élective**

Les indicateurs actuellement utilisés par les HUG pour l'analyse des files d'attente ne sont pas forcément pertinents et fiables. Par ailleurs, les indicateurs concernant les délais ne sont pas tous suivis au même niveau de reporting et il n'y a pas de communication et de partage au sein des HUG quant à leur cible. A noter qu'il manque des objectifs attachés à certains indicateurs.

Les délais d'attente représentent des délais estimés qui consistent à déterminer, pour un jour donné, la plus proche date disponible pour obtenir une consultation. Cette méthode empirique (par opposition à une méthode qui consisterait à calculer un délai réel par patient) peut poser des problèmes en matière de fiabilité, de reproductibilité et de comparabilité dès lors que les délais sont reportés de manière manuelle par plusieurs intervenants, ce qui peut donc comporter des erreurs et biais possibles à la saisie. Par exemple, une spécialité ne reporte que les délais d'attente pour les cas urgents.

De plus, les HUG suivent depuis plusieurs années les délais relatifs aux mêmes pathologies considérées comme « majeures », sans pour autant avoir formalisé ce qui doit être défini comme majeur. Il n'existe en effet aucun document précisant ce que signifie le terme « majeur » ni aucune analyse démontrant que les pathologies suivies sont effectivement celles qui devraient l'être⁶ et que certaines pathologies ne sont pas « oubliées ». La Cour a par exemple constaté que les délais de consultation relatifs à la chirurgie de la main ou encore aux pathologies vertébrales (neurochirurgie) ne sont pas suivis dans ce fichier.

- **Constat 2 : Prise en compte incomplète de la notion d'attente dans la détermination des plages horaires destinées aux consultations**

La détermination du nombre de consultations hebdomadaires consacrées à chaque pathologie relève principalement d'une logique historique et empirique en évoluant notamment en réaction à des problèmes ponctuels constatés pour certaines spécialités. Il n'y a en effet pas d'analyse globale et régulière selon des principes clairement définis permettant de s'assurer que le nombre de consultations actuel est adapté aux délais d'attente constatés dans les différentes spécialités. Par ailleurs, il n'existe pas non plus d'analyse portant sur l'adéquation entre le nombre de consultations hebdomadaires par spécialité et les vacations opératoires y relatives.

Constat 3 : Accès aux consultations des médecins des HUG rendu difficile par l'organisation actuelle des secrétariats

Les activités, le rattachement hiérarchique et les outils utilisés par les secrétariats médicaux ne sont actuellement pas uniformes au sein des différents départements et services des HUG.

⁶ Car elles représentent un volume d'activité significatif, car elles doivent être traitées dans les plus brefs délais compte tenu de leur degré de gravité, etc.

À titre d'illustration, certaines secrétaires effectuent uniquement des tâches relatives à la prise de consultation alors que d'autres effectuent également la programmation des opérations ou la gestion administrative du secrétariat d'un chef de service.

Chaque secrétariat étant actuellement organisé de manière différente et en l'absence de porte d'entrée unique, l'accès aux consultations peut dans certains cas s'avérer complexe pour le patient et son médecin traitant.

4.1.3. Risques découlant des constats

Le **risque de contrôle** tient au manque de définition et de méthodologie concernant la détermination des délais d'attente. Des décisions pourraient ainsi être prises sur la base d'indicateurs ne présentant pas les bonnes caractéristiques.

Le **risque opérationnel** tient à la complexité pour organiser une consultation avec une organisation hétérogène des secrétariats.

Le **risque financier** tient à la possibilité qu'ont les patients de s'orienter vers d'autres structures, que ce soit dans d'autres cantons ou dans le privé.

Le **risque d'image** résulte de l'appréciation de la population concernant les délais d'attente et la capacité d'accueil des HUG.

4.1.4. Recommandations

Actions

Recommandation n°1 [cf. constat 1]

La Cour recommande aux HUG de mettre en place un projet d'analyse et de fiabilisation des indicateurs en lien avec la notion d'attente.

Ce projet aura pour objectif avant tout de valider et éventuellement compléter les indicateurs actuels en termes de suivi de l'attente au niveau département et direction générale.

Le projet devra également permettre de :

- fixer au sein des HUG une définition de la notion d'attente et notamment des éléments à prendre en compte pour calculer un délai d'attente (point de vue patient, point de vue HUG),
- définir une cible pour chacun des indicateurs au niveau d'un département, mais également au niveau de la Direction générale en tenant compte de l'effet potentiel de « vases communicants » entre disciplines utilisant les mêmes ressources,
- s'assurer de la cohérence des cibles définies en matière de consultation par rapport à la capacité en matière d'opération et d'hospitalisation (lits),
- définir le moyen le plus efficient, fiable et reproductible pour obtenir et consigner l'information nécessaire à la constitution des indicateurs ; la généralisation de l'utilisation de l'outil Gréco pourrait être une solution.

Recommandation n°2 [cf. constat 2]

La Cour recommande aux HUG d'intégrer dans la définition des vacations l'impact en matière d'attente pour les patients. Cet impact devra être rapproché des cibles préalablement définies (cf. recommandation 1) afin d'ajuster si nécessaire l'allocation des moyens, notamment les salles de consultation.

Les HUG devront également effectuer et formaliser une analyse des vacations afin de tenir compte de l'évolution des délais d'attente. Cette analyse devra être reconduite régulièrement (au minimum une fois par an).

Enfin, les HUG devront également étudier la corrélation entre les vacations octroyées par disciplines ou médecins et la capacité en matière d'opération suite à une consultation ou à une hospitalisation (lits).

Recommandation n°3 [cf. constat 3]

La Cour recommande aux HUG de recenser les pratiques des différents secrétariats et d'analyser l'impact de l'organisation actuelle sur :

- la communication vis-à-vis des médecins traitant et des patients,
- les délais pour obtenir un rendez-vous,
- la qualité des informations en lien avec l'attente des patients estimées et consignées par les différents secrétariats.

La Direction générale devra, sur la base de cette analyse, se prononcer sur une uniformisation des pratiques à mettre en place et, le cas échéant, adapter le descriptif des postes des secrétaires.

En complément, la Cour recommande de faire une analyse de l'expérience conduite au département de neurosciences cliniques depuis 2011 pour traiter les consultations dites semi-urgentes. Cette analyse devrait mettre en évidence et quantifier l'amélioration de l'accueil et déterminer les départements où une telle organisation serait envisageable.

4.1.5. Observations des HUG

Les HUG valident les constats et les recommandations de ce chapitre. Le plan de mise en œuvre est annexé au présent rapport.

4.2. Consultations et admissions en urgence (adultes)

4.2.1. Contexte

Les consultations urgentes s'effectuent au sein des différents services d'urgence des HUG⁷, dont le service des urgences adultes (SU). Dans le cadre du présent audit, seules les problématiques d'attente en lien avec les consultations urgentes réalisées au sein du SU seront analysées.

Le flux de patients entrant aux urgences

Les HUG ont vu le nombre d'urgences adultes prises en charge augmenter de l'ordre de 3-4% chaque année. Le nombre d'urgences traitées en 2012 a été de 60'897 patients.

Cette évolution est liée à l'accroissement démographique, à l'explosion des maladies chroniques, à la hausse de la précarité et au vieillissement de la population. De même, la difficulté à trouver un médecin traitant et un plateau technique disponible le soir et le week-end engendre un flux d'entrées de plus en plus important au SU.

De plus en plus de patients se rendent au SU faute de médecin traitant et considérant le SU comme une permanence médicale. La pression du monde professionnel fait également que les employés ne veulent pas s'absenter pendant les horaires de travail pour une consultation et ont tendance à se reporter sur le SU en début de soirée.

A cela s'ajoute un phénomène sociologique important lié à la fois à un plus grand « consumérisme » en matière de soins et à une évolution du comportement des patients vers le « tout, tout de suite ». À noter que les HUG sont la seule structure du canton à bénéficier en tout temps (nuit et week-end end notamment) de l'ensemble des moyens nécessaires à un diagnostic et à une prise en charge. Par ailleurs, peu de cabinets médicaux sont ouverts en fin de journée et le week-end. Tous ces facteurs font que de nombreux patients s'orientent vers les urgences, et ce quels que soient leurs symptômes.

Le SU se retrouve ainsi à devoir traiter de nombreux cas de « bobologie » au milieu des urgences, dont les urgences vitales. D'après les HUG, un patient sur deux traité au SU rentre chez lui et aurait pu se rendre chez un médecin de ville ou dans un autre lieu de soin. De même, il apparaît que les personnes âgées souffrent souvent de maladies chroniques et prévisibles qui pourraient être traitées dans d'autres structures.

Enfin, selon l'enquête de satisfaction des médecins de l'AMG, citée au chapitre précédent, il arrive que les médecins adressent leurs patients aux urgences dans des cas ne le nécessitant pas du point de vue médical.

Extrait de l'enquête

- « *près d'un médecin de ville sur deux (48.3 %) déclare avoir déjà adressé des patients aux urgences des HUG parce que l'organisation d'une admission élective représentait une tâche trop difficile (personne responsable absente, médecin HUG injoignable, etc.)*

⁷ Urgences adultes, urgences enfants, urgences ophtalmologiques, urgences gynécologiques et obstétriques, urgences psychiatriques.

Parmi ces médecins (N=211), un peu plus de quatre sur dix (42.4 %) déclarent le faire rarement et plus d'un sur trois (36.6 %) occasionnellement (assez souvent 16.1 %, très souvent 4.9 %) ».

- Le tableau suivant met en évidence les raisons des admissions passant par les urgences :

(Plusieurs réponses possibles)	N=211	%
C'est difficile d'organiser une hospitalisation rapide mais non urgente	159	75.4
Le service est difficilement joignable (ligne occupée, personne ne répond, etc.)	83	39.3
Je n'arrive pas à joindre un médecin du service pour discuter de l'hospitalisation	64	30.3
Quand j'appelle, je ne tombe jamais sur le bon service	36	17.1
Je n'ai pas les coordonnées téléphoniques du service concerné	21	10.0
Autres	28	13.3

Source : hospitaliser ses patients aux hôpitaux universitaires de Genève – enquête de satisfaction auprès des médecins de l'Association des médecins du canton de Genève - 2012

Le réseau urgences Genève (RUG)

En 2009, un réseau urgences Genève (RUG) a été créé avec pour objectif de diminuer le flux des patients au service des urgences des HUG, de permettre une meilleure répartition des urgences non vitales et d'offrir une réponse de qualité aux besoins de santé de la population. Les urgences vitales restent assumées par les HUG qui disposent du plateau technique complet, des chirurgiens et anesthésistes 24h sur 24.

Le RUG regroupe six acteurs publics et privés : les HUG, l'hôpital de la Tour, la clinique des Grangettes, la clinique de Carouge, le groupe médical d'Onex et enfin la clinique La Colline qui a rejoint le RUG en juillet 2013. Concrètement, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant, le patient peut se rendre au sein de n'importe quel établissement du RUG, principalement pour des urgences non vitales et les situations pour lesquelles une hospitalisation semble a priori non nécessaire.

Selon la charte du RUG, chaque centre est susceptible d'accueillir :

- des consultations sans rendez-vous sans critères de gravité ;
- des soins urgents (à traiter dans les 6 heures) ;
- des soins immédiats comportant un risque vital pour le patient qui, après stabilisation ou selon la situation, sera transféré vers les HUG ou un autre centre hospitalier équipé, selon son choix et ses conditions d'assurance.

Les établissements du RUG s'engagent à appliquer des protocoles de prise en charge unifiés, une tarification identique (soins ambulatoires couverts par l'assurance maladie de base) et une formation professionnelle continue commune.

En fin d'année 2010, les HUG ont également développé l'application iHUG permettant au grand public de connaître, pour les urgences non vitales, le délai moyen d'attente dans les services d'urgence du canton.

À noter également que l'AMG (Association des médecins du canton de Genève) publie sur son site internet une brochure « Que faire en cas d'urgence ? »⁸ à destination des patients. Sont mentionnés les membres du RUG ainsi que des gardes médicales de proximité.

La consultation ou l'admission des patients via le service des urgences des HUG (SU)

Le service des urgences adultes (SU) est rattaché au département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences (DMCPRU) des HUG. Il a pour mission principale d'assurer 24 heures sur 24 et 365 jours par an sur l'ensemble du territoire cantonal une aide médicale urgente. Pour remplir cette mission, le SU compte un plateau technique (radiologie, scanner, etc.) et environ 250 équivalents temps plein (ETP)⁹.

Le traitement des patients au sein du SU se décompose en trois grandes étapes :

- *L'accueil, le tri et l'orientation du patient*

Le patient qui se présente au SU, par ses propres moyens ou en ambulance, est accueilli par une infirmière spécialisée. Cette dernière, en collaboration avec un médecin-chef de clinique, détermine la sévérité du problème de santé sur la base d'un questionnaire permettant de recueillir des plaintes du patient et lui attribue un degré d'urgence allant de 1 à 4, 1 étant l'urgence vitale et 4 une situation non urgente. Le degré d'urgence détermine la rapidité avec laquelle le patient doit être pris en charge médicalement.

En 2012, le nombre d'entrées au SU s'est élevé à plus de 60'000 patients (soit environ 165 patients par jour). Près de 30 % du total des entrées aux urgences concernent ainsi des urgences vitales (degré 1 : 5 %) et des urgences (degré 2 : 24 %). Le tableau ci-après reprend la description des degrés d'urgence et le nombre de cas traités en 2011 et 2012 au SU :

Degré d'urgence	Définition	Exemple	Valeur cible *	2012	2011	Variation 2012/2011
Degré 1 = urgence vitale	Situation aiguë pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe si la prise en charge n'est pas immédiate	Infarctus	Prise en charge immédiate	3'247	2'751	18%
Degré 2 = urgent	Situation qui n'engage pas le pronostic vital mais est susceptible de s'aggraver rapidement	Fracture ouverte	Prise en charge dans les 20 minutes	14'518	13'421	8%
Degré 3 = semi-urgent	Etat de santé jugé stable à l'arrivée et le temps ne constitue pas un facteur déterminant	Douleurs abdominales	Prise en charge dans les deux heures	40'438	41'303	-2%
Degré 4 = non urgent	Cas pour lequel un médecin privé aurait dû être consulté	Plaies superficielles	Attente non définie, prise en charge dès que possible	2'319	1'885	23%
Degré d'urgence non renseigné				226	202	12%
Total des prises en charge au SU				60'748	59'562	2%

* Les valeurs cibles pour les délais de prise en charge en fonction du degré d'urgence permettent de déterminer pour chaque séjour si la durée d'attente est dans la cible ou pas. Les cibles pour les degrés 1 à 3 sont mentionnés dans le contrat de prestations.

⁸ <http://www.amge.ch/site/wp-content/uploads/Que-faire-en-cas-durgence.pdf>

⁹ Chefs de service et médecins adjoints, chefs de clinique polyvalents, internes, infirmières et aides-soignants, ressources administratives, etc.

À noter que les urgences de degré 3 et 4 sont normalement des urgences qui vont être traitées en ambulatoire et ne vont donc pas demander une hospitalisation.

- *La prise en charge*

Une prise en charge immédiate se doit d'être assurée pour toutes les urgences vitales (degré 1). Dans les autres situations, un médecin évalue le patient dès que possible en fonction de sa disponibilité et de la charge de travail du service.

Une fois évalué, le patient est installé dans un box pour que débute sa prise en charge médicale. Un box est une salle d'examen individuelle, isolée des autres patients pour permettre d'examiner, traiter et surveiller le patient tout en respectant son intimité et la confidentialité des informations échangées. La prise en charge du patient peut se prolonger lorsque sa situation exige des examens de laboratoires, radiologiques ou l'intervention d'un consultant spécialiste¹⁰ qui n'est pas toujours immédiatement disponible. De même, en fonction des différentes sollicitations des médecins, un patient peut attendre si un autre patient doit être traité de façon plus urgente.

Le tableau ci-après met en évidence un cas pratique de prise en charge pour chaque degré d'urgence :

¹⁰ Les consultants sont les médecins spécialisés des services médicaux des HUG.

	Degré 1 = urgence vitale	Degré 2 = urgent	Degré 3 = semi-urgent	Degré 4 = non urgent
Cas pratique	Suspicion d'AVC Une femme appelle le 144 car son mari n'arrive plus à s'exprimer ni à saisir des objets avec sa main depuis une heure.	Tentative de suicide Une femme de 40 ans, en conflit de couple depuis des mois, découvre un message d'une autre femme sur le téléphone de son mari. Elle prend 30 comprimés d'un somnifère. Sa sœur la découvre somnolente et l'amène aux urgences.	Traumatisme du genou Un jeune homme se blesse en jouant au football et n'arrive plus à marcher. Son genou a enflé.	Lumbago Une femme a mal au dos depuis deux semaines suite à un déménagement. Les douleurs persistent.
Prise en charge aux urgences	Evaluation clinique immédiate par l'urgentiste et le neurologue. Un scanner est réalisé tout de suite pour déterminer le choix du traitement.	La patiente est surveillée par les internistes. Une fois réveillée, le psychiatre l'examine pour évaluer le risque suicidaire. Il diagnostique un trouble dépressif et de la personnalité. Le mari est convoqué pour en entretien.	Un traitement antidouleur est immédiatement donné. Le médecin examine et prescrit des radiographies (suspicion d'une lésion aux ligaments). Avis de l'orthopédiste demandé. Pose d'une attelle.	Examen par le médecin. Il n'y a pas de facteurs de gravité. Un traitement antidouleur est débuté et sera poursuivi sur quelques jours.
Suite	Hospitalisation aux soins continus de neurologie ou aux soins intensifs.	La patiente, restant suicidaire, est hospitalisée quelques jours à l'unité de crise, puis dirigée sur une structure ambulatoire (centres de thérapies brèves, psychiatres privés).	Le patient rentre à son domicile avec un rendez-vous, dans une semaine, à la consultation spécialisée du genou traumatique.	La patiente rentre à domicile. En cas de récurrence, on lui recommande de prendre contact avec son médecin traitant
Autres exemples	- Polytraumatisé - Infarctus - Coma	- Traumatisme crânien avec brève perte de connaissance - Crise d'asthme - Fracture ouverte de la jambe	- Douleurs abdominales - Calcul rénal - Pneumonie	- Infection urinaire - Plaie superficielle de la main - Syndrome grippal

• La sortie du SU

D'une manière générale, lorsque l'évaluation et le bilan du patient sont terminés, trois possibilités se présentent pour le patient :

- un retour à domicile ;
- une surveillance de 12 à 24 heures avant retour à domicile ou hospitalisation ; le patient est alors installé dans l'unité d'observation du service ;
- une hospitalisation dans une unité médicale des HUG relevant de sa pathologie.

Il est à noter que l'attente pour être transféré dans une unité peut être plus ou moins longue en fonction notamment de la disponibilité des lits et du personnel dans l'unité en question. Jusqu'à récemment, certaines unités n'admettaient plus de patients après 16 h n'ayant pas le personnel suffisant pour se charger de ce travail.

La gestion de l'attente

La durée totale de séjour au SU (de l'entrée jusqu'à la sortie du SU, y compris un éventuel passage à l'unité d'observation) peut être décomposée en plusieurs « sous-durées » ou délais de séjour :

- le délai entre l'entrée au SU, le tri et la prise en charge dans un box ;
- le délai entre l'entrée dans le box et l'arrivée du médecin ;

- le délai entre la demande d'examen / de consultation spécialiste, le résultat de l'examen et son interprétation ;
- le délai entre la décision médicale et la sortie.

La notion d'attente est ainsi morcelée et vécue différemment selon si on se place du point de vue du patient ou du médecin. Le patient considère l'attente comme la succession des délais des différentes actions de prise en charge par les différents acteurs au sein du SU. Le médecin quant à lui intervient à un moment précis du processus de prise en charge et a une vision partielle de l'attente de son patient. De même, étant continuellement dans l'action, le personnel médical n'a pas le même ressenti général de ces situations d'attente.

Outre l'attente elle-même, les conditions de l'attente au SU sont importantes (confort des locaux, informations disponibles,...). Les HUG ont rédigé une plaquette à destination des patients pour les informer du processus de prise en charge. Elle décrit les degrés d'urgence, les étapes de la prise en charge et fournit des informations sur le RUG. Le personnel passe régulièrement dans la salle d'accueil pour informer et vérifier l'état de santé des patients.

Au-delà des efforts de communication, les HUG ont, depuis trois ans, pris des mesures importantes pour réduire les durées de séjour au SU. Les HUG avaient constaté que le temps passé par le patient au sein du service entre son enregistrement et sa sortie avait globalement augmenté entre 2006 et 2009, passant de 6 h 40 en 2006 à 7 h 39 en 2009, soit une augmentation de plus de 15 %.

Un état des lieux très détaillé des flux patients, en collaboration étroite avec un cabinet de conseil externe, a notamment été effectué fin 2009 visant à décomposer chaque étape de la prise en charge au sein du SU. Cet état des lieux a débouché sur l'identification de 38 leviers d'action avec la mise en évidence notamment des gains attendus et du coût des mesures. Sur les 38 leviers d'action identifiés, les HUG en ont finalement retenu 12 dont certains ont été mis en œuvre rapidement et d'autres, nécessitant plus de moyens financiers et humains, sont actuellement en cours de mise en œuvre dans le cadre du projet S10 « désengorgement du SU » du plan stratégique 2010-2015 des HUG.

Ainsi, les HUG ont notamment mis en place les actions suivantes pour améliorer la prise en charge des patients au SU :

- la supervision quotidienne du SU par un tandem de cadres (médecins et infirmiers-cadres pour garantir la qualité des prestations et la bonne marche du SU) ; cette nouvelle organisation est opérationnelle depuis 2011 ;
- depuis janvier 2013, un IAG est présent au SU de 9h30 à 18h du lundi au vendredi pour donner le plus vite possible les places nécessaires ;
- l'établissement d'accords de collaboration concernant les délais avec la radiologie et les consultants. Pour la radiologie, il est prévu que 75 % des patients soient pris en charge dans les 120 minutes et les consultants se sont engagés à intervenir dans les 45 minutes après l'appel ;
- l'accroissement de l'équipe de cadres médicaux (médecins adjoints avec formation d'urgentiste) avec 3 postes créés d'ici fin 2014.

Cependant, les mesures suivantes n'ont pas été poursuivies pour des raisons budgétaires :

- engagement de 5 ETP de chefs de clinique urgentistes polyvalents (médecins-chirurgiens) et d'un chirurgien trieur référent. Le coût de cette mesure est évalué à environ 1 million récurrent,

- regrouper les voies ambulatoires et les déplacer dans un autre bâtiment. Le coût de cette mesure est évalué entre 5 et 7 millions, auxquels viendrait s'ajouter 0.8 million de coûts récurrents,
- reconfigurer l'ergonomie (architecture) du SU,
- développer des compétences gériatriques au sein des HUG et une structure d'accueil pour les patients seniors aux Trois-Chêne. Le coût de cette mesure est évalué entre 1.5 à 3 millions.

À fin 2012, 92 % des urgences de degré 1 (pour une cible fixée à 95 %) et 71 % des urgences de degré 2 (pour une cible fixée à 80 %) ont été prises en charge en moins de 20 minutes. Les pourcentages respectifs pour 2011 sont de 93 % et 72 %. Ces indicateurs sont suivis dans le contrat de prestations.

4.2.2. Constats

- **Constat 1 : Flux patients entrant aux urgences insuffisamment analysé et optimisé par les HUG et le DARES**

L'évolution démographique et sociétale, à savoir le vieillissement de la population, le nombre de plus en plus important de patients sans médecin traitant et l'attitude du « tout, tout de suite » ont profondément modifié le flux de patients entrant au service des urgences depuis plusieurs années. La Cour constate d'une part qu'il y a de plus en plus de cas relevant des degrés d'urgence 1 et 2 alors que, d'autre part, les cas de « bobologie » arrivent également aux urgences, et ce en dépit de la mise en place du RUG. Le DARES et les HUG n'ont pas suffisamment analysé le flux entrant :

- *Au niveau des HUG*

Il n'existe pas de suivi sur le transfert de patients « électifs » vers le service des urgences. Il peut arriver qu'un patient jugeant son délai d'attente excessif pour une consultation ou une opération se rende au SU pour être pris en charge plus rapidement. Cette information n'est pas suivie pour le moment, alors qu'elle permettrait d'identifier les pathologies pour lesquelles le délai est jugé trop long par les patients et de prendre d'éventuelles mesures correctives.

- *Au niveau du DARES*

Il n'y a pas actuellement de nouvelle analyse sur l'évolution du nombre de cas urgents au SU et plus globalement sur l'organisation et les moyens à mettre en œuvre au sein du SU afin de faire face à cette évolution. En particulier, le rapport de planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015 établi par le DARES traite uniquement, dans son chapitre consacré à la planification préhospitalière, des transports urgents et non de l'évolution des entrées globales au SU.

- **Constat 2 : Non-atteinte des cibles en termes de délais de prise en charge et de durée de séjour**

Les cibles fixées par les HUG en termes de délais de prise en charge pour les urgences de degré 1 et 2, qui constituent les cas les plus graves devant être traités dans les plus brefs délais, ne sont pas atteintes. La situation ne s'est pas améliorée malgré les mesures entreprises par les HUG.

Elle pourrait se dégrader dans les années à venir si l'augmentation du nombre d'entrées pour ces deux degrés venait à se poursuivre sans que des mesures soient prises. Entre 2011 et 2012, le nombre d'urgences de degré 1 a en effet augmenté de 18 % et celui des urgences de degré 2 de 8 %.

De même, la Cour relève que la diminution des durées de séjour n'est pas en phase avec les objectifs initialement fixés en 2009. Les objectifs fixés en 2009 reposaient sur l'hypothèse d'une stabilité du nombre d'entrées au SU entre 2009 et 2011 ; or cette hypothèse ne s'est finalement pas réalisée (voir le constat précédent). De plus, les actions concrètes mises en œuvre par les HUG concernent essentiellement l'organisation interne du SU, et les leviers ayant une influence sur le flux d'entrée et le flux de sortie n'ont pour le moment pas été exploités.

- **Constat 3 : Flux de cas urgents pollué par de la « bobologie »**

L'ensemble des patients se présentant aux urgences suit le même flux que ce soit pour de la « bobologie » ou des cas présentant une urgence. Les cas de « bobologie » peuvent ainsi venir augmenter le temps d'attente pour des patients nécessitant une prise en charge plus rapide.

Par ailleurs, les cas de « bobologie » devraient pouvoir être traités sans nécessiter une structure et un mode de fonctionnement tels que ceux mis en place pour traiter les cas urgents.

4.2.3. Risques découlant des constats

Le **risque de contrôle et le risque opérationnel** tiennent à la difficulté de fixer des objectifs et de les mesurer ainsi que de gérer les engorgements dont les facteurs sont multiples (transferts des patients électifs vers les urgences, manque de connaissance de la population sur les alternatives au SU, ergonomie du service...).

Le **risque opérationnel** tient également à la structure mise en place pour absorber et traiter des cas de plus en plus complexes mixés avec de la « bobologie ».

Le **risque financier** tient au traitement des cas par les urgences qui auraient pu être pris en charge par des structures moins onéreuses.

Le **risque d'image** est fort et est principalement lié à des prises en charge qui sont ressenties par la population comme tardives ou non appropriées.

4.2.4. Recommandations

Actions

Recommandation n°4 [cf. constat 1]

La Cour recommande au DARES et aux HUG de mener une réflexion de fond sur les prestations en matière de soins urgents afin de tenir compte de l'évolution de la population, de ses besoins et de son comportement.

Il sera notamment important de :

- Revoir les estimations du nombre probable de cas urgents dans les années à venir en qualifiant l'évolution des pathologies traitées en urgence notamment au sein des HUG,
- Mesurer l'impact qu'a eu le RUG depuis 2009 sur le flux d'entrées de patients au SU en termes de volume et de complexité des cas,
- Mener une réflexion plus large en matière de prestations d'urgence au niveau du canton afin d'identifier, au-delà du RUG, les alternatives aux HUG possibles notamment en fonction du type de maladies (aiguës, chroniques, psychiatriques), de l'âge des patients ou encore du coût des structures pouvant proposer des solutions d'urgence,
- Analyser les déports potentiels du flux électif vers le flux urgent,
- Mesurer le nombre de patients envoyés aux urgences par un médecin de ville faute de pouvoir faire hospitaliser en électif son patient.

Recommandation n°5 [cf. constat 2]

La Cour recommande aux HUG de poursuivre l'analyse des raisons de la non-atteinte des cibles fixées par le SU en termes de délais de prise en charge des patients notamment pour les degrés d'urgence 1 et 2, ainsi que pour les durées de séjour. Sur la base de cette analyse, les HUG devront définir et mettre en œuvre un plan d'actions ou revoir les cibles si celles-ci ne sont plus adéquates.

Recommandation n°6 [cf. constat 3]

Étant donné la situation actuelle (cibles non atteintes) et l'évolution croissante du flux urgent de patients (ex. : augmentation du nombre d'urgences traitées - 60'897 en 2012, en hausse de 4 % par rapport à 2011), la Cour recommande aux HUG d'analyser les éléments suivants :

- la typologie des cas traités et la concentration en un seul lieu du flux des patients du canton le week-end et la nuit,
- des alternatives à l'entrée unique du SU (permanence médicale au sein des HUG avec des ressources internes ou externes ...).

Sur la base de ces analyses, les HUG devront éventuellement reconsidérer les leviers d'actions proposés dans le cadre de l'étude détaillée menée en 2009 de ce service.

Avantages attendus

Répondre aux besoins de la population en matière d'aide médicale urgente.

4.2.5. Observations des HUG

Les HUG valident les constats et les recommandations de ce chapitre. Le plan de mise en œuvre est annexé au présent rapport.

4.2.6. Observations du DARES

Le DARES a toujours mis un accent important sur les délais d'attente aux urgences. Ces délais font l'objet d'un suivi très régulier, notamment par le biais des indicateurs du contrat de prestations conclu avec les HUG. Des mesures ont déjà été prises par le passé dans le sens d'allocations de ressources supplémentaires, qui ont permis d'absorber en partie l'augmentation des sollicitations de ce service. Par ailleurs, le RUG a précisément été mis sur pied pour tenter d'utiliser au mieux l'offre ambulatoire privée du réseau genevois. Une analyse plus fine du flux entrant aux HUG est évidemment envisageable et souhaitable, tout comme un bilan du fonctionnement du RUG. Il convient également de mettre en perspective le ressenti des usagers genevois par un benchmark objectif de l'adéquation et de la qualité de l'offre de soins cantonale par rapport aux recommandations internationales. Il faut également garder en vue que la LAMal 1) empêche les cantons d'effectuer une planification de l'offre ambulatoire privée ; 2) laisse le patient libre de choisir son prestataire de soins ; 3) ne donne aucune obligation aux prestataires de soins ambulatoires privés de renseigner leur activité de manière à permettre aux autorités cantonales de suivre et/ou orienter efficacement l'offre de soins ambulatoires.

Il faut également rappeler que les tendances mises en évidence par la Cour des comptes sont aussi observées dans d'autres cantons ou pays. Les principaux déterminants en sont l'évolution des habitudes de consommation médicale ainsi que l'évolution de la pratique de la médecine de ville. Au travers du suivi des recommandations et des mesures déjà effectives, le DARES maintiendra le dialogue avec les HUG afin que cet établissement autonome optimise ses services d'urgence.

4.3. Les interventions chirurgicales / la capacité opératoire

4.3.1. Contexte

En 2012, 25'258 interventions chirurgicales ont été pratiquées aux HUG, dont 20.6% en ambulatoire¹¹.

Les HUG disposent 34 salles d'opération : 8 électives à Opéra (bloc principal), 4 au BOU (bloc des urgences), 4 au BOCHA (bloc ambulatoire), 2 en ophtalmologie, 5 en ORL, 4 en gynécologie, 2 en urologie pour réaliser ces interventions chirurgicales, répartis entre les blocs centraux et les blocs périphériques. Les blocs centraux comprennent plusieurs salles polyvalentes et multidisciplinaires qui peuvent par définition accueillir tous les types de chirurgie (orthopédique, viscérale, cardiaque, etc.) et sont regroupés dans trois espaces (Opéra, urologie et BOCHA). Les blocs périphériques sont des blocs dédiés à des disciplines et sont localisés au cœur des départements concernés. Cela concerne par exemple le bloc destiné à l'oto-rhino-laryngologie. Les horaires d'ouvertures dépendent des blocs et des affectations des salles. Les salles dédiées aux urgences sont ouvertes 24 heures sur 24, les salles du bloc opéra sont ouvertes de 7h30 à 18h, les autres salles ferment à 16h.

Les HUG possèdent également un secteur privé bénéficiant d'unités de lits dédiés et utilisant les ressources communes dont les salles d'opérations.

Avec la construction d'un nouveau bâtiment (« BDL2 ») d'ici 2015, 6 nouvelles salles opératoires seront construites en extension aux blocs centraux et 2 salles des blocs périphériques seront fermées. Cette nouvelle organisation des blocs a pour objectif d'optimiser les ressources et les flux pour répondre à l'augmentation du nombre d'opérations dans les prochaines années.

À fin 2012, le taux d'occupation des blocs électifs était de 75.6 %, ce qui se situe dans l'objectif préconisé par certaines pratiques¹². Le temps de non-occupation inclut le temps de préparation de la salle mesuré à 13.6%.

La gestion des blocs dédiés aux opérations électives

- **Les vacations**

L'utilisation des blocs opératoires et des ressources associées est partagée entre les différents chirurgiens sur base de plages horaires : les vacations. Une vacation peut être attribuée à une discipline, une équipe de chirurgiens ou un chirurgien en particulier. Jusqu'à récemment, les vacations des blocs opératoires étaient attribuées sur une base historique mais, depuis 2010, cette pratique a été modifiée et les vacations sont adaptées aux variations d'activité des spécialités. Tout changement de vacation doit être demandé à la commission des blocs qui l'étudie puis émet un avis à la direction générale pour validation. À noter qu'à ressources constantes, toute modification d'une vacation pour une discipline se fait au détriment d'une autre (principe des « vases communicants »).

¹¹ Le terme ambulatoire est utilisé pour caractériser un traitement médical ou une intervention chirurgicale qui ne nécessite pas l'hospitalisation du patient.

¹² L'agence nationale française MEAH (Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers) recommande un taux de 75 %, de 85 % idéalement et de 65 % au minimum.

La commission des blocs, constituée des représentants des disciplines chirurgicales, des anesthésistes, de la directrice des opérations et de la responsable des blocs, se réunit 2 fois par an et a pour mission de :

- mettre en œuvre les règles communes de fonctionnement des blocs ;
- évaluer le fonctionnement du bloc ;
- piloter le projet d'optimisation du plateau opératoire ;
- optimiser la répartition des activités dans les différents blocs et des volumes opératoires entre spécialités ;
- préavisier les projets de réduction des files d'attente ou de déploiement de nouvelles activités.

En plus de procédures opérationnelles, les règles de gestion des blocs opératoires sont formalisées dans un document d'une page nommé « la charte des blocs ». Cette charte fixe principalement les règles de bonne conduite et de bon sens pour l'utilisation des blocs comme : être à l'heure, prendre soin du matériel, respecter tous les corps de métier...

- **La programmation des opérations**

La direction des opérations (DO), créée en 2010, regroupe les infirmières assistantes de gestion (ci-après IAG) dont le rôle est de faciliter les flux patients et de gérer la programmation opératoire. Les IAG se répartissent les tâches suivantes :

- la planification des opérations à long terme pour la majorité des disciplines et la convocation aux examens préopératoires ;
- la revue à court terme du programme opératoire et son adaptation aux imprévus ;
- la gestion des lits.

Les opérations sont planifiées en fonction des vacances et sur la base de la feuille d'intervention rédigée par les chirurgiens à l'issue des consultations. Cette feuille précise l'ensemble des examens à réaliser en vue de l'opération ainsi que le degré d'urgence de l'opération en fonction de la pathologie, de l'état de santé du patient et des standards en la matière. Il existe quatre degrés d'urgence pour la planification d'une intervention (du plus urgent au moins urgent) : dans la semaine, dans les 15 jours, dans le mois et l'électif à long terme.

Sur la base de ces informations, les IAG doivent programmer l'opération en tenant compte de la disponibilité de la salle d'opération, de l'équipement médical nécessaire (robotique), du chirurgien (équipe médicochirurgicale), de l'anesthésiste, du personnel instrumentiste. Sur la base d'un historique statistique, un temps moyen d'intervention par type d'opération est proposé par le système. Si le nom du chirurgien n'est pas connu lors de la programmation, alors les IAG utilisent le temps moyen de l'hôpital.

Ainsi, le nom du chirurgien a un impact sur la planification de l'opération, car cela détermine le temps opératoire nécessaire à l'intervention et les éventuels débordements. Si le temps opératoire de la journée est sous-estimé, alors le risque de débordement au-delà des heures d'ouverture des blocs est fort, tout comme le risque d'annuler et/ou de reporter une opération. À l'inverse, si le temps opératoire est surestimé, le risque se trouve au niveau d'une sous-utilisation des salles d'opération.

La disponibilité des lits dans les unités de soins après l'opération n'est pas considérée comme une contrainte au moment de la planification de l'opération.

En plus du chirurgien, une salle d'opération ne peut être ouverte qu'en présence d'un médecin anesthésiste et d'une équipe d'instrumentistes et de personnel soignant. Avec l'évolution de plus en plus rapide des technologies opératoires, des réflexions sur la formation et la spécialisation des instrumentistes sont en cours.

Depuis 2010, la programmation opératoire est réalisée avec le logiciel Opéra qui répertorie les temps opératoires moyens de chaque opération ainsi que les temps individuels par chirurgien. Le temps enregistré est le temps « peau à peau » (du coup de bistouri au pansement) ; il ne prend pas en compte le transfert et l'installation du patient dans la salle, la phase d'endormissement et de réveil, le nettoyage et la stérilisation du matériel. Les IAG prévoient donc des plages vides entre chaque intervention pour tenir compte de ces éléments.

Ce logiciel permet de suivre l'activité des blocs opératoires et de déterminer des indicateurs clés par bloc, par salle, par vacation et par chirurgien, tels que le nombre d'opérations, le taux d'occupation, le taux de débordement, le taux d'annulation et les causes d'annulations.

Enfin, une opération ne peut avoir lieu que si le patient est disponible et prêt pour l'opération. Cela signifie que tous les examens préopératoires (analyses, radiographies, etc.) doivent avoir été faits, que le patient ne présente pas d'autres symptômes le jour de l'opération (fièvre...) et que la date convenue initialement lui convienne toujours. Le patient doit en effet s'organiser pour être disponible le jour de l'opération et cela nécessite d'adapter son emploi du temps familial et professionnel.

Les IAG établissent ainsi un premier programme opératoire en prenant en considération les contraintes décrites ci-dessus. Le programme opératoire de la semaine à venir est revu tous les jeudis («à S-1») par les IAG et les responsables des blocs opératoires. Ils :

- vérifient l'adéquation du programme avec les ressources matérielles et humaines et s'assurent que le matériel est disponible pour l'opération et que les commandes de consommables ont bien été effectuées. Cette vérification est d'autant plus importante qu'en plus des IAG, certains secrétariats peuvent également programmer des opérations mais n'ont pas d'information sur le matériel à disposition ;
- vérifient qu'aucun débordement au-delà des horaires d'ouverture des salles n'est prévu ;
- identifient s'il reste des plages horaires libres pour les urgences ou d'autres opérations programmables.

La gestion des blocs dédiés aux urgences

Pour les urgences, toutes les notions de programmation ne sont pas faites avec le même horizon temps que pour les opérations en électif. En effet, par définition la notion d'urgence ne permet pas une planification des opérations mais implique une gestion réactive des blocs opératoires avec une notion du temps exprimée en minutes ou en heures.

La journée (de 7h à 19h), le bloc des urgences fonctionne avec quatre salles d'opération, dont une salle dédiée aux urgences vitales (exemples : traumatismes crâniens graves, hémorragies massives, etc.), une salle dédiée à l'orthopédie et une salle dédiée à la chirurgie viscérale. La nuit, seules deux salles d'opération sont ouvertes en plus de la salle pour les urgences vitales.

Les patients qui arrivent aux urgences et doivent être opérés le sont généralement au bloc des urgences. Cependant, durant la journée, il peut arriver qu'un patient des urgences soit opéré dans un des blocs électifs. Cela arrive en cas d'annulation d'une intervention élective pour laquelle aucun remplacement électif n'a été trouvé.

En 2012, 4'241 opérations ont été réalisées dans le bloc des urgences.

La gestion de l'attente

Les capacités opératoires et la façon dont les opérations sont programmées ont un impact sur l'attente potentielle d'un patient. Ainsi, les HUG et notamment la DO se doivent au maximum d'optimiser l'utilisation des ressources, et également faire preuve de réactivité pour prendre en compte les modifications de dernière minute.

Le délai d'attente pour une intervention chirurgicale devient source de préoccupation lorsqu'il dépasse le seuil réputé acceptable selon l'avis du médecin concerné et qu'il risque d'influencer l'état de santé et la qualité de vie du patient.

Concernant l'opération, l'attente pour le patient commence à partir du moment où le chirurgien a pris la décision d'opérer et se termine au moment où il a effectivement été opéré. Ce chemin se décompose en plusieurs étapes de prise en charge, avec à chaque étape un risque d'attente lié à :

- être informé de la date d'opération et recevoir la convocation ;
- réaliser les examens pré opératoires ;
- effectuer la consultation d'anesthésie ;
- et enfin être opéré.

La communication joue un rôle clé dans ce processus d'attente. Le patient a besoin d'être rassuré et de savoir quand il va être opéré pour s'organiser. Les HUG ont, depuis janvier 2013, mis en place un bureau de programmation opératoire qui permet au patient de connaître la date de son opération dès la fin de la consultation. Il rencontre l'IAG pour discuter de l'intervention, des examens préopératoires ainsi que du contexte de son opération et de l'après-opération. Cela permet d'un côté de renseigner rapidement le patient sur sa date d'intervention et de l'autre côté d'identifier les patients qui peuvent se faire opérer à la dernière minute et être appelés lorsqu'une place se libère dans un bloc.

Par ailleurs, les IAG et les responsables de blocs essaient de façon continue d'optimiser le taux d'occupation des différentes salles d'opération :

- le programme opératoire est revu par l'IAG et le responsable de bloc 3 jours avant les opérations pour identifier les plages libres. Dans ce cas, les plages horaires attribuées à une discipline, un département ou un chef de services deviennent disponibles pour les autres.
- les IAG effectuent une supervision quotidienne du bloc des urgences et des blocs électifs afin d'optimiser l'occupation des salles et de transférer, lorsque cela est nécessaire, l'activité du bloc des urgences vers les blocs électifs. Le programme opératoire électif peut être modifié jusqu'à la veille à 15 heures. Des patients peuvent être déprogrammés au dernier moment pour des raisons personnelles (le patient annule l'opération), médicales (le patient présente de la fièvre ou n'est pas à jeun) ou pour des raisons propres aux HUG, liées à l'organisation des blocs (une opération urgente est réalisée dans le bloc électif en cas de surcharge du BOU). Dans ce cas, les IAG essaient de trouver un patient en

remplacement, soit à partir de la liste des patients en attente d'une programmation et disponibles immédiatement, soit en planifiant un patient en attente au bloc des urgences.

- seules les annulations après 15 h la veille de l'opération sont enregistrées dans le système Opéra.

Le taux d'occupation des blocs est passé de 75.4% en 2011 à 75.6% en 2012 et le taux d'annulation est passé de 5.9% à 5.8%.

Par ailleurs, les HUG ont établi un plan d'action à entreprendre en cas de surcharge du bloc des urgences. Pour éviter les attentes trop longues, plusieurs actions sont prévues comme :

- la redéfinition des ordres de priorité des prises en charge,
- l'optimisation des programmes en électif pouvant aller jusqu'à l'annulation d'opérations prévues dans les blocs électifs pour prendre des patients urgents,
- la mobilisation du personnel de piquet.

De même, afin de désengorger les blocs opératoires, les actions suivantes ont été mises en place entre 2011 et 2012 pour faire face aux pics d'activité :

- La constitution d'une deuxième équipe d'urgence pour la chirurgie orthopédique afin d'ouvrir une salle 12 h par jour et 7 jours sur 7 ;
- La réorganisation des salles d'opération du bloc des urgences par spécialité : une salle est dédiée à l'orthopédie, une salle est dédiée à la chirurgie viscérale, une troisième salle est utilisée par les autres services tandis que la dernière salle est la salle dite « zéro » pour traiter les cas d'urgences vitales ;
- L'ouverture d'une salle supplémentaire dans le bloc ambulatoire ;
- L'augmentation des plages horaires pour les opérations électives du département de chirurgie (les salles sont ouvertes jusqu'à 18 h).

En 2012, les HUG ont également mené une expérience pilote visant à « externaliser » la petite chirurgie de la main à un groupe privé. Des chirurgiens des HUG pratiquent pour le compte des HUG des interventions du tunnel carpien dans un bloc opératoire appartenant à une clinique privée.

Sur le même principe d'opérations effectuées par des chirurgiens des HUG dans un établissement privé, une étude a été initiée pour les cas de hernies et de vésicules. La direction générale a décidé de ne pas poursuivre l'initiative.

Enfin, le projet P2 du plan stratégique, « l'optimisation et le dégagement de capacités dans les blocs opératoires et réduction des délais d'attente », vise à faire face à la croissance des besoins opératoires estimée à 10 % d'ici 2015, à absorber les périodes de crise et diminuer les listes d'attente élective, à affiner les indicateurs d'alertes et de suivi, à coordonner l'organisation avec les urgences et enfin à planifier les salles supplémentaires dans « BDL 2 ».

4.3.2. Constats

- **Constat 1 : Manque d'exhaustivité et de fiabilité des indicateurs relatifs à l'attente pour une intervention**

Les délais d'attente pour les interventions sont suivis pour les pathologies considérées comme « majeures ». Il s'agit des mêmes pathologies que pour les consultations. Le constat sur l'absence d'exhaustivité et de fiabilité des

indicateurs relatifs à l'attente pour une consultation élective reste valable pour les interventions électives. Le terme « majeur » n'est pas défini et des cibles ont été établies uniquement pour les deux pathologies mentionnées dans le contrat de prestations conclu entre l'État et les HUG¹³. Ces deux pathologies semblent avoir été mises en avant en réaction à des « pressions » médiatiques et politiques plutôt qu'à une analyse d'ensemble de la pertinence de suivre tel ou tel délai.

Aucun indicateur dans les tableaux de bord institutionnels n'est suivi concernant les délais relatifs aux interventions aux blocs des urgences. Compte tenu de sa criticité, la Cour est d'avis que cet indicateur devrait être suivi dans le Tableau de bord institutionnel.

- **Constat 2: Insuffisance de la prise en compte globale des délais d'attente lors de l'attribution des vacations (vases communicants)**

La détermination des vacations consacrées à chaque pathologie relève principalement d'une logique historique. Depuis 2010, les vacations sont revues régulièrement pour s'adapter aux variations d'activité des spécialités et en réaction à des problèmes ponctuels constatés pour certaines spécialités (prothèse de hanche, cancer du sein,...). Cependant, il n'existe pas d'analyse permettant une prise en compte globale des délais d'attente, notamment avec l'effet de vase communicant entre pathologies. De plus, lorsqu'une réaffectation de vacation est réalisée, l'effet sur les délais d'attente des autres spécialités n'est pas mesuré.

- **Constat 3: Gestion des blocs opératoires perfectible en termes de règles et de communication**

La gestion des blocs opératoires ne repose pas sur des règles « officielles » et homogènes, ce qui rend difficiles les interactions entre le personnel administratif et le personnel médical et ne permet pas d'optimiser l'occupation des salles.

En effet, actuellement la Cour a constaté que :

- le logiciel « Opera » est utilisé pour planifier les opérations soit par les IAG soit par les chirurgiens (via leur secrétariat), ce qui est contraire à la logique de centralisation de cette fonction. Par ailleurs, la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie plastique et le bloc ambulatoire d'orthopédie ne sont pas encore traités par les IAG,
- la programmation n'est pas toujours faite par les IAG en connaissant :
 - o le nom de l'opérateur,
 - o la difficulté de l'opération.

Dans ces cas, le temps utilisé par les IAG est le temps moyen de l'ensemble des opérateurs alors qu'il existe des disparités importantes suivant les opérateurs. L'utilisation du temps moyen a pour effet de provoquer une sous-occupation ou un débordement des salles,

- les définitions des standards et les règles d'utilisation des salles ne sont pas formalisées dans la charte des blocs. Par exemple :
 - o le temps opératoire mentionné dans le système Opéra ne prend pas en compte certaines tâches avant et après l'acte chirurgical

¹³ Délai d'attente entre la consultation et l'intervention pour les prothèses totales de hanche et le cancer du sein.

comme la stérilisation du matériel, le nettoyage de la salle ou encore l'anesthésie et le réveil du patient. Les IAG tiennent compte cependant de ces éléments dans le programme opératoire. Par contre, les chirurgiens pourraient avoir tendance à vouloir augmenter le nombre de cas à opérer dans la vacation ne considérant que leur temps d'intervention.

- La règle qui consiste à mettre à disposition des autres disciplines les plages opératoires non programmées à 72 heures.
- Pour certaines opérations compliquées, il peut exister un manque de communication entre les équipes médicales, le personnel soignant et les IAG. Certains chefs de services ont par exemple décidé de reprendre la programmation de leurs opérations dans leurs vacations et de transmettre un planning finalisé aux IAG. À noter également que la communication n'est pas facilitée par la transmission manuelle et la non-standardisation des fiches d'indications opératoires.

- **Constat 4 : Des sujets RH sensibles**

Il est à noter la complexité et la fragilité de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers et par conséquent au sein des HUG. En effet, même si une planification du personnel est réalisée, il restera toujours quelques impondérables liés au temps nécessaire pour soigner un patient et prendre en charge les urgences. La santé du patient demeure la préoccupation essentielle et il sera toujours tout mis en œuvre pour la préserver, quel que soit l'investissement nécessaire du personnel.

Cependant, aujourd'hui certains points restent ouverts et peuvent venir perturber la gestion quotidienne des opérations et avoir des répercussions potentielles sur l'attente des patients :

- Les contraintes horaires différentes entre les chirurgiens et le personnel soignant qui peut être mobilisé pour une même opération. Par ailleurs, le temps de présence dans la salle d'opération d'un chirurgien est généralement inférieur au temps passé par les autres participants de l'opération étant donné les tâches pré et post opératoires nécessaires.
- Les ressources humaines affectées aux interventions sont actuellement standardisées alors qu'une adaptation de ces dernières serait possible dans certains cas. Une salle d'opération ne peut être ouverte sans la présence de deux infirmiers instrumentistes. Afin de réduire les files d'attente de certaines interventions, un des chefs de services rencontrés estime qu'il pourrait être envisageable d'adapter les effectifs d'instrumentistes imposés par la DO à la baisse tout en assurant la qualité des prestations.
- Plusieurs interlocuteurs estiment que certaines compétences du personnel soignant ne sont plus en lien avec les technologies utilisées, ce qui peut allonger la durée d'opération. Selon l'équipement robotique des salles, une compétence technique est requise.

4.3.3. Risques découlant des constats

Le **risque de contrôle** tient au manque de définition et de méthodologie concernant la détermination des délais d'attente.

Les **risques opérationnels et financiers** tiennent à l'absence de réflexion sur les files d'attente en matière d'allocation des vacations pouvant entraîner une

sous-utilisation des salles d'opération, des annulations ou encore des dépassements d'horaires générant des heures supplémentaires.

Le **risque opérationnel** est également dû à la difficulté d'organiser un programme opératoire avec plusieurs acteurs (AIG, secrétariats,...).

Le **risque financier** tient aussi à la possibilité des patients de s'orienter vers d'autres structures, que ce soit dans d'autres cantons ou dans le privé.

Le **risque d'image** résulte de l'appréciation de la population concernant les délais d'attente et la capacité d'accueil des HUG.

4.3.4. Recommandations

Actions

Recommandation n°7 [cf. constat 1]

Cf. recommandation 1

Recommandation n°8 [cf. constat 2]

La Cour recommande aux HUG de revoir, en fonction des délais d'attente cible et réels, l'ensemble des vacations attribuées aux disciplines. Pour ce faire, il est indispensable de connaître avec exactitude les délais d'attente réels et de fixer des cibles en termes de délai.

Ces cibles doivent être définies par le département concerné et acceptées par la direction générale.

En fonction des cibles retenues, l'allocation des ressources devra être revue, les horaires d'ouverture des blocs éventuellement modifiés. Par ailleurs, dans ce cadre, l'externalisation de certaines opérations ou encore le partenariat avec des cliniques privées pourront être étudiés sans se départir des missions de formation de l'hôpital universitaire.

Recommandation n°9 [cf. constat 3]

La Cour invite la commission des blocs, en collaboration avec la direction médicale et la direction générale, à établir plus précisément les règles de gestion et de fonctionnement des blocs opératoires. Les règles doivent être claires en matière de programmation et de réservation des salles d'opération afin d'éviter des pratiques hétérogènes rendant leur gestion plus complexe.

Les règles doivent être validées par la direction générale et être transmises à l'ensemble des parties prenantes. Elles peuvent être formalisées dans la charte des blocs. À ce titre, cette charte devrait être complétée pour intégrer notamment les points suivants afin d'être un outil de management :

- La somme des durées prévisionnelles d'intervention d'un jour considéré ne doit pas excéder la durée de la vacation ;
- La règle des 72 heures qui permet d'utiliser les vacations restées libres ;
- Les personnes autorisées à programmer des interventions.

À l'heure actuelle, certaines secrétaires de chefs de service peuvent programmer dans le logiciel les opérations dans les salles dites « patronales » et les IAG du bureau de programmation opératoire ne gèrent pas la planification à long terme de toutes les spécialités ;

- Les informations obligatoires transmises aux IAG pour effectuer la programmation (temps opératoire, urgence du cas...etc.) ;
- Le rôle de la commission des blocs et les règles d'attribution des vacations ;
- La prise en compte des interventions urgentes...etc.

Recommandation n°10 [cf. constat 4]

La Cour recommande à la direction des ressources humaines de se rapprocher des départements et de la direction des opérations afin de discuter et de définir une stratégie en lien avec les sujets suivants :

- formations et spécialisations des équipes opératoires,
- profils des instrumentistes au regard des tâches à réaliser,
- utilisation grandissante des nouvelles technologies (robotique),
- composition des équipes d'interventions pour ouvrir une salle d'opération.

Recommandation n°11 [cf. constat 4]

La problématique des contraintes horaires différentes entre le personnel soignant et les médecins devra également être clarifiée afin de traiter un éventuel élargissement des plages horaires pour les salles d'opération.

4.3.5. Observations des HUG

Les HUG valident les constats et les recommandations de ce chapitre et apportent les compléments suivants :

Ad 4.3.4 recommandation n°11 : la loi sur le travail (LTr, RS 822.11), que les HUG se doivent de respecter, ne permet pas de traiter simplement, à ressource constante la recommandation de la Cour. Néanmoins, des efforts ont déjà été entrepris dans ce sens.

L'effectif attribué aux salles d'opération pour fonctionner dépend des plages horaires de vacations opératoires. L'augmentation des horaires d'ouverture et par conséquent des vacations, entraîne un besoin supplémentaire de ressource. L'effectif dédié actuellement ne permet pas cette ouverture supplémentaire.

4.4. Séjour hospitalier suite à une opération ou pour un traitement médical

4.4.1. Contexte

La gestion du séjour et des lits dans le cadre d'une hospitalisation suite à une opération chirurgicale ou un traitement médical peut avoir un impact sur l'attente des patients. En effet, si cette gestion n'est pas optimale, les durées moyennes de séjour (DMS) augmenteront et empêcheront la prise en charge de nouveaux patients.

Tout séjour prolongé dans une unité de soins ne correspondant pas à la pathologie du patient est considéré comme une journée dite « inappropriée ». Le patient reçoit des soins ou des services qui pourraient être rendus dans des structures plus efficaces et mieux adaptées à ses besoins. Il peut s'agir d'un patient qui nécessite des soins de réadaptation mais qui, faute de place, se retrouve hospitalisé dans un lit de soins aigus ou encore d'un patient en attente de placement en EMS.

Une optimisation de la gestion des lits permet de répondre aux besoins de santé, soit plus concrètement d'assurer une meilleure rotation des patients dans les lits et, par conséquent, de :

- diminuer les temps d'attente aux urgences en hospitalisant plus rapidement le patient dans l'unité de soins appropriée,
- offrir de meilleures possibilités d'accueil aux patients programmés, dont le traitement ou l'opération pourraient être décalés ou remis en cause faute de lits disponibles,
- faire face aux pics d'activité journaliers ou saisonniers.

La gestion des lits se trouve au cœur des plans stratégiques des HUG depuis plusieurs années. Le plan stratégique 2006-2010 contenait le projet « portail des lits » qui avait comme objectifs d'améliorer la gestion des flux patients, d'optimiser l'utilisation des lits et de contribuer à la réduction des durées moyennes de séjour et des journées inappropriées. En juin 2008, une directive institutionnelle sur les règles de transfert des patients est entrée en vigueur. Elle fixe les modalités d'orientation des patients adultes en fonction des besoins d'ordre médical et des lits disponibles aux HUG en situation normale, de surcharge et de crise. Elle met notamment en avant le fait que les mouvements entre les services sont enregistrés en temps réel et que l'état d'occupation des lits doit être transmis sans restriction entre les partenaires.

La capacité d'accueil

En 2012, 59'939 patients ont été hospitalisés aux HUG et y ont séjourné en moyenne pendant environ 11 jours, ce qui a représenté 672'728 journées d'hospitalisation. Pour accueillir les patients hospitalisés, les HUG disposent de 1'804 lits. Ceux-ci sont principalement répartis dans des chambres communes, prévues pour 5 à 7 lits, mais qui peuvent en accueillir jusqu'à 9 en cas de surcharge. Le site de Cluse-Roseraie est constitué majoritairement de lits de soins aigus et de soins intensifs tandis que les autres sites sont dotés de lits de réhabilitation et réadaptation ou d'attente de placement en EMS. À noter également qu'un étage complet d'une capacité de 112 lits est dédié au secteur privé dans le bâtiment principal de Cluse-Roseraie qui accueille les patients assurés en semi-privé ou privé.

À partir de 2016, les HUG disposeront de 350 lits dans un nouveau bâtiment. En effet, les HUG ont débuté, en novembre 2011, la construction de « BDL2 », un nouveau bâtiment des lits qui va inclure 14 unités de soins de 26 lits répartis sur 7 étages. Les chambres seront composées de 2 lits, chaque unité de soin aura une chambre d'isolement ainsi qu'une chambre avec des lits de soins continus. Le nouveau bâtiment sera dédié aux soins aigus. Un projet prévoit que le bâtiment des lits actuel (« BDL1 ») soit rénové afin d'améliorer le confort des patients, notamment en réduisant le nombre de lits par chambre, et de moderniser les installations. À terme, la dotation totale en lits offerte restera donc inchangée par rapport à la situation actuelle.

Actuellement, les HUG jouent sur la flexibilité des chambres pour absorber les pics d'activités. En effet, la structure des chambres de « BDL1 » permet le cas échéant d'ajouter des lits provisoirement dans une chambre sur un emplacement habituellement vide.

Les IAG ne tiennent pas compte de la disponibilité ou non de lits dans les unités de soins lors de la programmation d'une opération ou d'une admission en urgence. Généralement, le personnel trouve toujours un lit même s'il est nécessaire d'ajouter un lit de plus dans des chambres déjà a priori complètes. Ainsi, le taux d'occupation des chambres de certaines unités peut être supérieur à 100 %.

Le virage ambulatoire qui s'opère à l'heure actuelle dans le monde hospitalier tend vers une « déshospitalisation » des patients. Ainsi, pour les interventions en ambulatoire, le patient n'utilise pas de lit dans les unités de soins. Il se rend généralement le matin à l'hôpital pour suivre son traitement ou subir une opération et rentre chez lui le soir même. La durée de séjour du patient est ainsi inférieure à 24 heures. Cette pratique vient fortement limiter l'utilisation des lits au sein des unités.

L'entrée en vigueur du nouveau mode de financement des hôpitaux au 1^{er} janvier 2012 et l'introduction des DRG poussent de plus en plus les hôpitaux à réduire les durées moyennes de séjour. En effet, le remplacement du remboursement journalier par un remboursement selon des forfaits par cas incite les hôpitaux à réduire les durées de séjour.

L'admission des patients dans les chambres

Les lits sont désormais gérés de façon transversale et commune par la DOP. Les IAG ne dépendent plus ainsi des contraintes ou souhaits propres à un département ou un médecin. Le regroupement au sein de la même direction favorise la collaboration et le soutien entre les IAG des différents départements et la fluidité des transferts en interne.

Les IAG s'occupent à la fois des entrées des patients et des transferts vers/depuis les autres services. Ils utilisent le système d'information pour identifier les patients présents dans les chambres, le nombre de patients en attente aux urgences et les places disponibles dans les unités de soins. La mise à jour des sorties des patients dans les unités est faite par le personnel de soin de l'unité. Les IAG sont régulièrement sur le terrain pour visualiser les lits disponibles et s'informer des futures sorties des patients.

Pour les patients en électif, les IAG sont informés des admissions du lendemain sur la base d'une liste de tous les patients ayant reçu une lettre de convocation pour le jour suivant.

Pour les patients en provenance du service des urgences, les services médicaux doivent s'organiser pour pouvoir assurer en tout temps leur accueil. Les services ont la liberté de s'organiser et de réserver si besoin un quota de lits à cette fin.

Les départements sont plus ou moins influencés par le flux d'urgences en fonction de la nature de leur spécialité. Par exemple, environ 80 % des patients du département de médecine interne et de réhabilitation (DMIRG) proviennent du SU, alors que dans le département de chirurgie, les patients sont programmés dans 90 % des cas.

De même, les unités de soins peuvent également accueillir des patients en provenance des autres services des HUG lorsque la situation d'un patient a évolué et nécessite une prise en charge dans un service plus approprié.

Enfin, l'admission dans une unité ne peut se faire qu'en fonction de certains horaires afin d'avoir le personnel suffisant pour accueillir le nouveau patient. Actuellement, chaque service a ses propres horaires.

La gestion de la sortie des patients

La sortie des patients s'effectue une fois que le médecin a posé son diagnostic de sortie. La date de sortie est annoncée par le médecin lors des visites dans les chambres. La sortie de l'unité de soins peut s'effectuer vers le domicile (avec ou sans soins à domicile), vers une autre unité de soins (soins de réhabilitation...) ou vers un établissement externe aux HUG (clinique de réadaptation, EMS...). Dans tous les cas, le patient doit préparer sa sortie au même titre que son entrée à l'hôpital.

Les IAG se chargent d'organiser le transfert vers une autre unité de soins, y compris lorsqu'il s'agit d'un transfert vers un autre site des HUG (par exemple : un transfert des soins aigus vers l'hôpital des Trois-Chêne pour un patient âgé). Les IAG contactent l'assistante sociale des HUG si la situation du patient nécessite des soins à domicile ou un transfert vers un EMS. L'assistante sociale se charge de constituer le dossier du patient et de faciliter sa sortie de l'hôpital. Lorsque la structure d'accueil n'a pas de lits à disposition, alors le patient se retrouve dans une situation d'attente.

La collaboration des HUG avec les structures d'accueil post-hospitalières (EMS, centre de réadaptation...) n'est pas toujours facile. Des difficultés existent depuis plusieurs années pour les patients en attente de placement EMS. Cette problématique a fait l'objet d'interventions de différents groupes politiques du Grand Conseil au printemps 2010. À fin 2012, 180 patients se retrouvent en attente de placement alors que les HUG ne disposent que de 112 lits dédiés. Les 68 patients supplémentaires étaient répartis dans différentes unités de soins.

Depuis 2010, le nombre de personnes en attente de placement EMS augmente progressivement. Dans les années 1990, un moratoire a été mis en place suspendant toute nouvelle construction d'EMS. Ce moratoire a été levé au début des années 2000, ce qui a permis l'ouverture de 5 nouveaux EMS en 2011. Les HUG ont vu leur nombre de patients en attente de placement baisser à 128 patients en juin 2011, mais pour revenir rapidement à leur niveau initial.

La politique du Conseil d'État pour faire face au vieillissement de la population vise à privilégier le maintien à domicile afin de limiter l'institutionnalisation d'une personne âgée, que ce soit à l'hôpital ou dans un EMS.

La DGAS et la DGS ont réalisé une étude en 2010 visant à objectiver le nombre réel de patients en attente de placement et les causes de cette attente. Il en résulte qu'environ 75 % des patients étaient en attente de placement, car il n'y avait pas de place dans le/les EMS choisis. D'après l'étude, les refus liés à des questions financières n'étaient pas significatifs. Le cadre légal genevois n'est pas contraignant pour le patient qui peut refuser d'aller dans un EMS, et à l'inverse, un EMS peut refuser un patient. Les assistantes sociales des HUG encouragent fortement les patients à visiter et déposer un dossier dans plusieurs EMS.

En 2012, une commission de coordination du réseau de soins a été mise en place avec notamment pour objectif d'améliorer la fluidité du parcours des patients. Suite à une enquête réalisée auprès des membres de la commission concernant les problèmes rencontrés et les éventuelles pistes d'amélioration, trois axes de réflexions prioritaires ont été fixés dont celui des personnes en attente de placement aux HUG. Cette problématique concerne essentiellement les personnes âgées en attente de placement en EMS.

4.4.2. Constats

- **Constat 1 : Manque d'anticipation de l'impact de la nouvelle structure de BDL2 sur la capacité d'accueil**

De par la flexibilité offerte par la structure architecturale des chambres, actuellement la gestion des lits n'est pas une contrainte majeure. Avec la construction BDL2 et la rénovation de BDL1, il ne sera plus possible de rajouter des lits dans les chambres comme c'est actuellement le cas. Ainsi les lits pourraient devenir une contrainte supplémentaire dès 2016 dont il faudra tenir compte dans le cadre de la planification des flux patients.

- **Constat 2 : Manque d'anticipation de la sortie des patients**

Il y a un manque d'anticipation dans la sortie du patient. En effet, la date de sortie est généralement communiquée la veille ou le jour même du départ effectif par le patient, sa famille, voire l'équipe soignante. Ce sujet est rarement abordé avec le médecin, son secrétariat et les IAG au début lors de la consultation et de la programmation de l'hospitalisation. Les patients peuvent refuser de sortir si les conditions de la sortie ne sont pas définies telles que le voyage de retour (ex : un proche ne peut pas venir le chercher le soir-même) ou encore l'organisation des soins à domicile. Il en résulte une attente supplémentaire et des journées inappropriées.

- **Constat 3 : Problématique de sortie vers les EMS**

- Gestion des attentes de placement en EMS au niveau des HUG

La capacité d'accueil pour les personnes en attente de placement en EMS de 112 lits à l'hôpital de Loëx est un choix historique et n'a pas été revue malgré le fait qu'elle est insuffisante, et ce depuis plusieurs années. Une partie des bâtiments du site de Loëx est louée à un EMS.

De plus, certains patients sont considérés comme en attente de placement EMS alors qu'ils ne seront jamais placés en EMS. Entre 12 et 25 patients sont dans les unités d'attente depuis plusieurs années. Il s'agit par exemple de patients nécessitant un traitement médical chronique comme les patients sous dialyse pour lesquels les structures des EMS ne sont pas adaptées. Ces patients sont pourtant considérés comme en attente de placement.

- Gestion des attentes de placement en EMS au niveau cantonal

Au niveau cantonal, les informations concernant les personnes en attente de placement en EMS ne permettent pas une planification. En effet, le nombre de personnes en attente au niveau cantonal n'est pas connu, car chaque EMS suit ses propres listes de personnes en attente et aucune consolidation n'est effectuée.

La situation est paradoxale, car d'un côté, la liste des personnes en attente de placement EMS se rallonge et de l'autre côté des lits restent vacants au sein de certains EMS. À titre d'illustration, en mars 2013, il y avait 36 places vacantes dans les EMS et 180 personnes en attente de placement en EMS aux HUG. Deux tiers des places vacantes étaient dans des chambres à deux lits, ce qui motive souvent le refus d'un patient ou de sa famille.

4.4.3. Risques découlant des constats

Le **risque opérationnel** tient à la perte de flexibilité dans la structure des lits. À terme, la perte de flexibilité deviendra une contrainte majeure dans la gestion de l'hôpital.

Le **risque de contrôle** tient aux informations sur l'occupation des lits et sur la classification de ces derniers.

Le **risque financier** tient principalement à l'occupation de lits dans des secteurs onéreux comme les soins aigus alors que les patients ne peuvent pas être transférés dans les secteurs mieux adaptés et moins chers.

Le **risque d'image** tient à la structure des chambres à 6 lits et plus qui ne correspondent plus aux standards actuels.

4.4.4. Recommandations

Actions

Recommandation n°12 [cf. constat 1]

La Cour recommande aux HUG de faire un état des lieux de l'utilisation réelle des lits supplémentaires et de débordement afin :

- d'identifier leur volume et leur fréquence d'utilisation,
- de qualifier la flexibilité actuelle de BDL1,
- d'identifier l'impact potentiel du projet BDL2 sur cette flexibilité.

Dans le cadre de cette réflexion, il serait important de prendre en compte le virage ambulatoire tout comme les contraintes liées à une population vieillissante.

Recommandation n°13 [cf. constat 2]

La Cour invite les HUG à anticiper de manière plus systématique la sortie en discutant dès que possible avec le patient de sa situation personnelle et de ses besoins. Le bureau de programmation opératoire pourrait être le lieu pour discuter de la date prévisionnelle et des conditions de sortie. Il est important également de maintenir avec les institutions actives dans le maintien à domicile une communication anticipée et régulière.

La Cour invite les HUG à réaliser une analyse des horaires de sortie pour déterminer à quel moment les sorties ont lieu et déterminer si des gains d'efficacité sont possibles.

Recommandation n°14 [cf. constat 3]

La Cour invite les HUG à redéfinir le nombre souhaitable et approprié de lits dédiés aux patients en attente d'EMS.

Par ailleurs, les HUG devront également envisager la requalification des personnes actuellement en attente d'EMS mais qui a priori pour des raisons de santé ne trouvent pas de place dans les structures d'EMS actuelles.

Enfin, la location d'une partie de l'hôpital de Loëx à un EMS devra être précisée par la direction générale en lien notamment avec le besoin potentiel de places supplémentaires.

Recommandation n°15 [cf. constat 3]

La Cour encourage la commission du réseau de soins à établir un plan d'action qui vise à doter le canton d'un système de gestion unique de la liste d'attente de places en EMS et des lits disponibles en EMS. L'ensemble des leviers d'actions doit être envisagé voire une modification législative (Loi sur la santé (LS) et la Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA).

Ce plan d'action devra s'inscrire dans la démarche lancée récemment par la DGS sur ce sujet en collaboration avec l'ensemble des acteurs cantonaux concernés.

4.4.5. Observations des HUG

Les HUG valident les constats et les recommandations de ce chapitre. Le plan de mise en œuvre est annexé au présent rapport.

4.4.6. Observation du DARES

Le DARES partage les constats et recommandations de la Cour. La continuité des soins est une dimension importante de la qualité des soins et son amélioration correspond à un objectif prioritaire du DARES et de la Commission de coordination du réseau de soins. Deux projets sont actuellement conduits sous l'égide de cette commission afin de, respectivement, diminuer le nombre de patients en attente de placement et améliorer le processus de préparation de la sortie et de retour à domicile. De plus, une application informatique est à l'étude afin de simplifier le processus de placement en EMS depuis les HUG et avoir une meilleure visibilité sur la demande et l'offre de places en EMS.

5. CONCLUSION

La notion d'attente est un sujet sensible pour les patients au même titre que pour les professionnels de la santé. La gestion de l'attente est complexe de par les différents éléments entrant en ligne de compte et les interactions entre les acteurs internes ou externes aux HUG.

Dans une période de restrictions budgétaires, les HUG doivent composer avec des ressources internes (humaines et techniques) limitées, partagées parfois entre les activités médicales des départements, la recherche universitaire et la formation aux soins. Ces éléments compliquent considérablement la gestion des délais d'attente au niveau global.

De même, les HUG ne sont qu'un des acteurs de la prise en charge des patients et la gestion de l'attente dépend également des choix politiques cantonaux ou fédéraux et des actions effectuées par les autres professionnels de la santé (médecins de ville, réseau de soins à domicile, cliniques privées, EMS, etc.).

Par ailleurs, l'impact médiatique, mais également le ressenti souvent émotif et non mesuré des patients lors d'attente jugée inadéquate, rendent encore plus difficile une gestion « sereine » de cette problématique. La médiatisation peut amener le DARES et les HUG à prendre des mesures en réaction sans avoir une approche globale de la problématique et en reportant le problème dans le futur ou sur d'autres pathologies.

Il convient de souligner que les HUG mettent en œuvre les actions indispensables pour gérer les cas graves nécessitant des interventions d'urgence ou prioritaires par rapport à d'autres pathologies.

Les HUG ont lancé bon nombre de projets et d'initiatives qui, à des degrés divers, ont un impact sur la notion d'attente. Cette préoccupation peut être sous-jacente dans certaines prises de décision, mais aucune démarche globale et complète au niveau du canton ou des HUG n'a pour objectif de traiter l'« attente » comme un sujet à part entière.

En conséquence, et au-delà des recommandations émises dans le chapitre 4, la Cour formule une recommandation conclusive :

Recommandation n°16

La Cour invite les HUG à mettre en place un pilotage global et transversal des files d'attente, afin d'éviter les effets non maîtrisés des vases communicants entre départements et pathologies.

Pour rendre possible un tel pilotage, les HUG devront au préalable mener une gestion de projet incluant les actions suivantes ressortant du chapitre 4 du présent rapport :

- Effectuer un recensement exhaustif des délais d'attente existant au sein des HUG en matière de consultations et d'interventions électives et urgentes.
- Déterminer une définition et un mode de calcul commun du délai d'attente et fiabiliser les données. La fiabilisation des informations doit se faire par l'utilisation des systèmes d'information pour recenser et calculer les délais.

- Fixer des objectifs pour chacun des délais d'après les « normes » et benchmarks pertinents et valider la cohérence des délais entre départements.

La mise en cohérence des objectifs en termes de délais doit être faite par un comité interdisciplinaire et validée par la direction générale.

Une fois ces prérequis mis en place, les HUG seront en mesure d'intégrer dans les processus de décision la problématique d'attente comme un des sujets à prendre en compte afin d'analyser régulièrement les écarts et adapter la stratégie en la matière. Cela pourra notamment permettre de piloter les délais d'attente en :

- Adaptant l'allocation des moyens de façon régulière en fonction des cibles à atteindre et de l'impact sur les autres acteurs au sein des HUG ;
- Analysant les opportunités externes potentielles sur le plan économique et opérationnel pouvant permettre de réduire les files d'attente sans pour autant remettre en question les objectifs et fondements des HUG. À titre d'exemple, la direction générale des HUG pourrait définir une politique en termes de collaboration avec les cliniques privées pour l'utilisation des ressources de ces dernières.

La mise en œuvre par les HUG du pilotage global et transversal des files d'attente ne pourra se faire qu'à condition que le DARES et le DSE s'assurent que les réflexions et les efforts sur les sujets suivants soient poursuivis :

- Problématique de l'attente de transfert en EMS du point de vue opérationnel, financier et législatif ;
- Prise en charge des urgences au niveau cantonal en lien avec l'évolution des besoins de la population et de l'offre de soins ;
- Impact d'une sortie de plus en plus rapide de l'hôpital et du report de soins postopératoires sur les structures sociales ;
- Prise en compte de la problématique de l'attente dans l'élaboration de la liste hospitalière.

En complément, la Cour a rencontré les différents acteurs cantonaux de la santé notamment les représentants des médecins, des cliniques privées, du RUG qui ont fait part de leur souhait d'être plus fortement impliqués dans les réflexions et décisions en lien avec la santé au niveau cantonal, même s'ils ne sont concernés qu'indirectement par rapport aux HUG. Des rencontres pourraient ainsi avoir lieu afin d'échanger sur les éléments suivants :

- Répartition des financements de la santé entre les HUG et les autres acteurs ; discussion quant à la logique budgétaire et à l'efficacité économique ;
- Prise en compte du nombre de plus en plus important de maladies chroniques ; discussion quant à l'adaptation de l'offre pour faire face à l'évolution des maladies chroniques ;
- Problématique du suivi et du traitement continu des patients ; discussion quant au rôle du médecin traitant en lien avec les HUG pour le suivi du patient ; discussion de la redondance des actes entre le diagnostic initial des médecins et la prise en charge par les HUG ;
- Réponse cantonale à la problématique de la santé intégrant l'ensemble des acteurs et initiatives afin de construire le modèle le plus adapté et efficient tout en apportant les meilleures prestations pour le patient ;
- Logique et transparence de l'élaboration de la liste hospitalière (budget, allocation entre cliniques privées et secteur privé HUG).

Ces différentes préoccupations dépassent de toute évidence le cadre limité du présent rapport et s'inscrivent dans l'optique d'une réflexion globale menée par les différents acteurs de la santé.

5.1.1. Observations des HUG

Les HUG valident les constats et les recommandations de ce chapitre. Le plan de mise en œuvre est annexé au présent rapport.

5.1.2. Observations du DARES

La Cour des comptes suggère d'organiser des rencontres avec les différents acteurs cantonaux de la santé, afin d'échanger sur un certain nombre d'éléments. A ce sujet, il est utile de rappeler que la Commission de coordination du réseau de soins instituée par la LSDom, qui réunit tous ces acteurs, tient plusieurs séances par année et traite précisément les éléments susmentionnés. Les sujets tels que la planification hospitalière, les mandats de prestations ou la liste hospitalière sont régulièrement abordés en toute transparence par la Commission cantonale en matière de planification hospitalière, au sein de laquelle sont notamment représentés les médecins, les cliniques privées et les assureurs maladie et bien sûr les HUG.

Sur le fond, les sujets évoqués par la Cour des comptes correspondent aux préoccupations du DARES et du Conseil d'État. Ainsi, dans son rapport sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, ce dernier définit les axes stratégiques et les mesures correspondantes pour faire face au vieillissement de la population, au recours accru aux soins et à l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques. La poursuite de la politique privilégiant le maintien à domicile et le développement des structures intermédiaires figurent en bonne place dans ce rapport, de même que l'outil informatique "mondossiermédical", qui permet aux acteurs intervenant dans la prise en charge d'un patient, d'échanger des informations médicales à son sujet de manière sécurisée. Enfin, le plan financier quadriennal prévoit des moyens pour financer certaines de ces mesures.

De façon générale, l'accès aux soins de qualité a toujours été la priorité absolue de l'action du DARES et l'axe cardinal de la politique publique de santé. Afin de faire face au défi du financement durable de l'accès aux soins, la définition de la qualité des soins et de l'adéquation des prises en charge ne peut se fonder que sur des recommandations internationales issues des règles de l'art médical. Elle ne peut se fonder uniquement sur l'appréciation subjective des usagers.

6. ANNEXE : LES HUG

6.1. Les HUG au sein du système de santé

6.1.1. Les acteurs de la santé

Nés en 1995 de la fusion des Hôpitaux publics genevois, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) constituent un établissement médical de droit public au sens de l'article 174 de la Constitution genevoise. Leurs missions de soins ainsi que leur fonctionnement sont précisés dans la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980 (LEPM, K 2 05). Les HUG offrent des prestations de soins sur l'ensemble du canton de Genève. Ils comprennent 8 hôpitaux publics¹⁴ répartis sur 4 sites hospitaliers : Belle-Idée, Bellerive, Cluse-Roseraie et Loëx.

Les HUG font partie du « système sanitaire cantonal » qui est composé de multiples acteurs interagissant afin de fournir à la population les prestations en matière de soins en lien avec les décisions politiques prises en la matière.

Ce système comporte notamment :

- **Les établissements publics médicaux** ; ils incluent les HUG ainsi que les cliniques de Joli-Mont et de Montana ; selon l'article 33 de la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM, K 2 05), les cliniques de Joli-Mont et de Montana « *accueillent des malades pour des traitements ou des soins de caractère non intensif, pour des hospitalisations intermédiaires ou de longue durée, de caractère médico-social ainsi que pour des convalescences* ».
- **Les établissements hospitaliers privés (cliniques)** au sens de l'article 100 de la loi sur la santé (LS, K 1 03) ; ces établissements sont constitués par l'ensemble des cliniques et hôpitaux ne faisant pas partie des établissements publics médicaux :
 - Clinique Belmont ;
 - Clinique de Carouge ;
 - Clinique Générale-Beaulieu ;
 - Clinique des Grangettes ;
 - Clinique La Colline ;
 - Hôpital de la Tour ;
 - Clinique de la Plaine ;
 - Nouvelle clinique Vert-Pré.

À ces établissements s'ajoutent la Clinique ophtalmologique de Vermont, le Groupe Médical d'Onex (GMO) et MV Santé Clinique Champel qui fournissent des prestations principalement ambulatoires.

- **L'aide sanitaire d'urgence** ; selon la planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012- 2015, « *l'aide médicale urgente* »

¹⁴ Hôpital bâtiment principal (bât. D), Hôpital des enfants, Maternité, Hôpital de Beau-Séjour, Hôpital de Loëx, Hôpital de Bellerive, Hôpital des Trois-Chêne (gériatrie), Hôpital de psychiatrie.

pré-hospitalière représente l'ensemble des mesures de santé requises par un individu ou un groupe, de manière impérieuse et imprévisible, et dont le but vise à préserver l'existence, à limiter les séquelles somatiques et psychologiques d'une maladie ou d'un accident et à contribuer, avec les autres intervenants institutionnels, à la réduction de l'exposition et de la vulnérabilité de la population lors de situations exceptionnelles (accidents majeurs, grandes manifestations, épidémies) ».

Les principaux acteurs de l'aide sanitaire urgente¹⁵ sont les suivants :

- la centrale 144 ;
 - la brigade sanitaire cantonale ;
 - le service d'incendie et de secours de la ville de Genève (SIS) ;
 - les entreprises privées d'ambulance.
- **Les médecins traitants** ; en 2011, le canton comptait 1'551 médecins en pratique privée (soit environ 33 pour 10'000 habitants) dont 502 médecins généralistes¹⁶ et 1'049 médecins spécialistes¹⁷. L'exercice de la profession de médecin est soumis en Suisse à la délivrance d'une autorisation de pratiquer en vertu de la loi fédérale sur les professions médicales du 23 juin 2006 (LPMed ; RS 811.11).
 - **Aides et soins à domicile** ; la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDOM) vise à préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins. En termes généraux, les prestations qui concourent au maintien à domicile consistent en des :
 - prestations délivrées au domicile du bénéficiaire (ce sont l'aide et les soins à domicile qui comprennent l'aide pratique, les soins infirmiers, la livraison des repas et les prestations de sécurité) ;
 - prestations pour lesquelles le bénéficiaire se déplace (soins infirmiers ambulatoires et foyer de jour) ;
 - prestations incluant un hébergement particulier transitoire ou permanent : unité d'accueil temporaire de répit (UATR), immeuble avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

Cinq institutions privées¹⁸ et trois institutions subventionnées par les pouvoirs publics¹⁹ fournissent des prestations dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. L'institution la plus importante est l'IMAD (Institution genevoise de maintien à domicile, ancienne FSASD) qui, avec ses 2'000 collaborateurs, œuvre au maintien à domicile de près de 16'000 personnes.

- **Les établissements médico-sociaux (EMS)** ; dans les cas où les affections physiques ou psychiques ne permettent plus la prise en charge à domicile, la personne est appelée à passer la dernière étape de sa vie dans une institution capable de fournir des soins relativement lourds sur le plan de la médicalisation. Jadis « maisons de retraite » accueillant des personnes autonomes dans l'accomplissement des actes de la vie

¹⁵ Pour plus d'information, voir le rapport de la Cour n°50 de mars 2012 relatif à l'organisation et surveillance de l'aide sanitaire d'urgence : <http://www.cdc-ge.ch/fr/Publications/Rapports-d-audit/2012.html>

¹⁶ Y compris les spécialistes en médecine interne travaillant en qualité de généralistes.

¹⁷ Source : Suivi des prestations de santé à Genève – Offre, consommation, financement – Février 2013, n° 12.

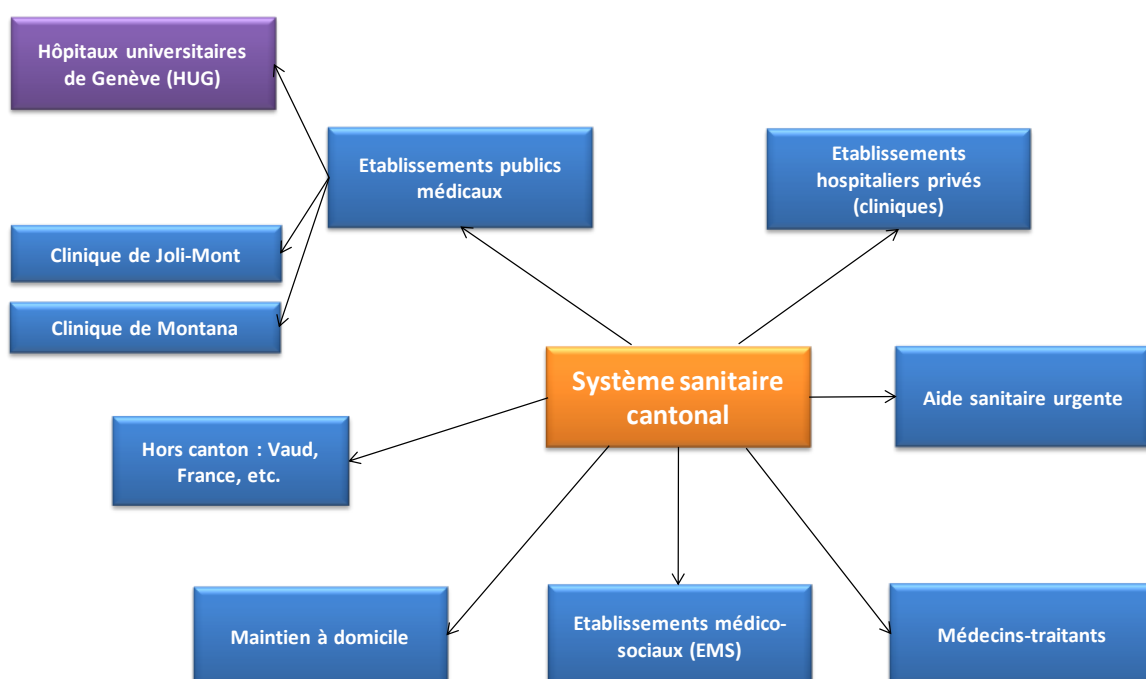
¹⁸ Presti Services, Lien des gardes-malades, Permed, Assistance à domicile, Start People.

¹⁹ Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), Sitex SA, coopérative des soins infirmiers (CSI).

quotidienne avec un minimum d'aide, les EMS d'aujourd'hui accueillent en majorité des résidents dépendants. Ces derniers nécessitent des soins et souffrent souvent également de problèmes psychiques et de troubles cognitifs qui nécessitent une aide ou un contrôle quasiment permanents.

Au 30 juin 2012, le canton disposait de 53 EMS reconnus au sens de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal). Leur taille varie de 18 à 247 lits pour un total de 3'739 lits au 30 juin 2012.

Schéma illustratif des différents acteurs de la santé



6.1.2. Les organes de tutelle

Le Conseil d'État définit la politique cantonale de la santé et exerce la haute surveillance dans le domaine de la santé. A ce titre, il élabore notamment la planification sanitaire cantonale (art. 5 de la loi cantonale genevoise sur la santé (LS, K 1 03), étant précisé que cette tâche est confiée au Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (ci-après « DARES »), soit plus précisément à la direction générale de la santé. Cette planification sanitaire, qui a pour but général d'assurer l'adéquation entre la demande de soins de la population et l'offre de soins, est formalisée dans le rapport de planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015²⁰. Ce rapport inclut les planifications suivantes :

- planification préhospitalière concernant l'aide sanitaire urgente ;
- planification ambulatoire concernant les médecins traitants ;

²⁰ http://ge.ch/dares/sante/actualite-politique_cantonale_soins_2012_2015-8752.html

- planification hospitalière concernant les établissements publics médicaux et les établissements hospitaliers privés ;
- planification médico-sociale et des structures de soins à domicile concernant les EMS et le maintien à domicile.

La direction générale de l'action sociale (DGAS), rattachée au département de la solidarité et de l'emploi (ci-après « DSE »), a comme missions de définir les stratégies et de proposer des actions en faveur des personnes âgées. Elle assure le pilotage et la gestion du secteur des EMS, ce qui implique l'octroi des autorisations d'exploitation aux EMS, la vérification de leurs conditions générales d'exploitation et le contrôle de l'utilisation des subventions qui leur sont versées par l'État. Elle est également compétente dans le suivi de la planification médico-sociale quantitative.

6.1.3. La liste hospitalière et le système de financement de la santé

Système de financement

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) modifiant les dispositions relatives au financement hospitalier. Ces modifications légales, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2009, prévoient un nouveau mode de financement hospitalier dès le 1^{er} janvier 2012 et imposent de nouvelles obligations aux cantons en matière de planification hospitalière.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (J 3 05) (PL 10832), le nouveau financement hospitalier introduit notamment :

- *« pour les assurés, le libre-choix de l'hôpital dans lequel ils souhaitent se faire traiter, sur le territoire suisse ;*
- *un financement forfaitaire des prestations, conjointement par le canton et par les assureurs, sur la base d'un nouveau système tarifaire unifié (Swiss-DRG) et non plus un financement par établissement. Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologies et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires ou les traitements.*
- *la prise en compte forfaitaire des charges d'investissement dans les nouveaux tarifs ;*
- *une nouvelle répartition du financement entre les cantons et les caisses maladie, les cantons devant, à l'avenir, financer au minimum 55 % des forfaits pour les prestations des hôpitaux figurant sur la liste hospitalière. Cette répartition s'applique tant aux établissements publics qu'aux cliniques privées inscrits sur la liste hospitalière cantonale et bénéficiant d'un mandat de prestations ;*
- *l'exclusion, dans les calculs des forfaits, des coûts des prestations d'intérêt général, notamment celles liées au maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que les frais pour les activités de recherche et de formation universitaire. Ces prestations sont financées par le canton seul ;*
- *la possibilité pour les assureurs de conclure avec les hôpitaux et cliniques non répertoriés des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins ».*

Liste hospitalière

Le canton de Genève doit ainsi déterminer l'offre nécessaire pour couvrir les besoins de ses habitants et édicter une liste hospitalière, en prenant en considération des critères tels que l'accès aux soins, le caractère économique et la qualité des prestations. La liste hospitalière regroupe l'ensemble des établissements pouvant fournir des soins à la charge de l'assurance de base.

La dernière liste hospitalière a été adoptée par le Conseil d'État par arrêté du 23 novembre 2011 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Cette liste a fait l'objet d'un avenant en avril 2013 avec une date d'entrée fixée rétroactivement au 1^{er} janvier 2013 (arrêté du Conseil d'État du 10 avril 2013). Dans cette liste figurent les HUG, les cliniques de Joli-Mont et Montana ainsi que des cliniques privées. Afin d'augmenter l'offre de soins pour la population, le canton a en effet permis à certaines cliniques privées, depuis le 1^{er} janvier 2012, d'obtenir des pôles d'activités²¹ (ou de compétences) en échange d'un cofinancement cantonal.

L'arrêté du Conseil d'État précise les pôles d'activité (ophtalmologie, cardiologie, chirurgie, etc.) pour lesquels les établissements sont mandatés. Les établissements qui figurent sur la liste doivent couvrir les besoins en soins de la population genevoise, tels qu'ils ont été définis dans le rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015. Les relations (notamment le nombre annuel de cas ou de journées d'hospitalisation prévues) avec les établissements de la liste sont précisées dans les contrats ou mandats de prestations. Les mandats aux cliniques privées ont été attribués suite à une procédure d'appel d'offres en prenant comme critère principal d'attribution les compétences médicales et le nombre de cas à traiter. Il est à noter que les HUG (secteur privé²²) ont postulé au même titre que les autres établissements privés pour l'obtention de ces pôles d'activités.

Cette liste peut en tout temps être modifiée par le Conseil d'État afin notamment de tenir compte de l'évolution des besoins de la population. Des événements externes peuvent notamment avoir un impact sur les flux de patients aux HUG, comme la modification du système français d'assurance-maladie des frontaliers prévue en 2014.

En termes budgétaires, les subventions de l'État pour les « hospitalisations du secteur privé » se sont élevées à 21 millions en 2012 et à 15 millions en 2013 (projet de budget). En termes réels, près de 20 millions ont effectivement été versés en 2012 aux établissements suivants :

- Secteur privé des HUG : 7.3 millions ;
- Hôpital de la Tour : 4 millions ;
- Clinique Générale Beaulieu : 2.8 millions ;
- Clinique la Colline : 2.7 millions ;
- Clinique des Grangettes : 1.9 million ;
- Clinique Belmont : 0.9 million ;
- Association maison de naissance la Roseraie : 0.2 million.

²¹ Les pôles d'activités représentent les principales maladies selon les chapitres de la classification internationale des diagnostics.

²² Les HUG disposent d'un secteur privé qui accueille des patients assurés en privé ou semi-privé et leur proposent un accueil personnalisé et des prestations hôtelières de qualité. Les patients sont admis soit par une entrée en urgence (les premiers soins et la stabilisation de l'état de santé sont réalisés au service des urgences puis l'hospitalisation s'effectue au secteur privé) soit par une consultation lors de laquelle l'entrée est programmée.

6.2. Les HUG : mission et stratégie

6.2.1. Mission

Selon la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM, K 2 05), les activités des établissements publics médicaux, dont les HUG, sont les suivantes :

- diagnostic et traitement des malades ;
- formation et recherche ;
- prévention ;
- aide aux malades sur le plan social ;
- soins palliatifs dispensés aux patients selon une approche globale, intégrant notamment les aspects sociaux et psychologiques dans les soins.

Selon l'article 2A de cette loi, « *chaque établissement conclut avec l'État un contrat de prestations d'une durée de 4 ans* ». Ce contrat contient notamment les prestations fournies par l'établissement.

Selon l'article 5 du contrat de prestations 2012-2015 qui lie les HUG à l'État de Genève, les HUG s'engagent ainsi à fournir des prestations :

- publiques de soins : elles concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales : notamment LAMal, assurance invalidité (LAI), assurance accident (LAA), etc. ;
- de formation prégraduée et post-graduée et de recherche clinique : elles concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens de son statut de centre de formation universitaire pour les professions médicales et paramédicales et de centre de formation continue pour les professions paramédicales ;
- de missions d'intérêt général : elles concernent les missions confiées par l'État de Genève et qui sortent du cadre des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales, y compris les prestations relevant de la médecine humanitaire. Il s'agit notamment des missions de dépistage, de médecine légale, de prévention, de soins aux détenus, d'urgences, etc.

Selon leur vision stratégique²³, les HUG s'appuient sur quatre valeurs fondamentales :

- la qualité : l'ambition commune des collaborateurs est d'offrir une qualité de service exceptionnelle à la fois sur le plan médical, soignant, administratif et logistique ;
- l'innovation : les HUG recherchent l'innovation, l'excellence et la performance dans tous leurs domaines d'activités, qu'ils soient cliniques, scientifiques ou académiques ;
- le service : l'organisation et le fonctionnement des HUG sont adaptés aux besoins des usagers ; les collaborateurs portent une attention constante à la satisfaction des patients et à leur perception de la qualité des prestations offertes ;
- la responsabilité : les HUG veulent promouvoir l'enthousiasme et la créativité, et encourager leurs équipes à être responsables et à relever les défis du futur.

²³Source : vision 2015 – plan stratégique 2010-2015

6.2.2. Vision stratégique

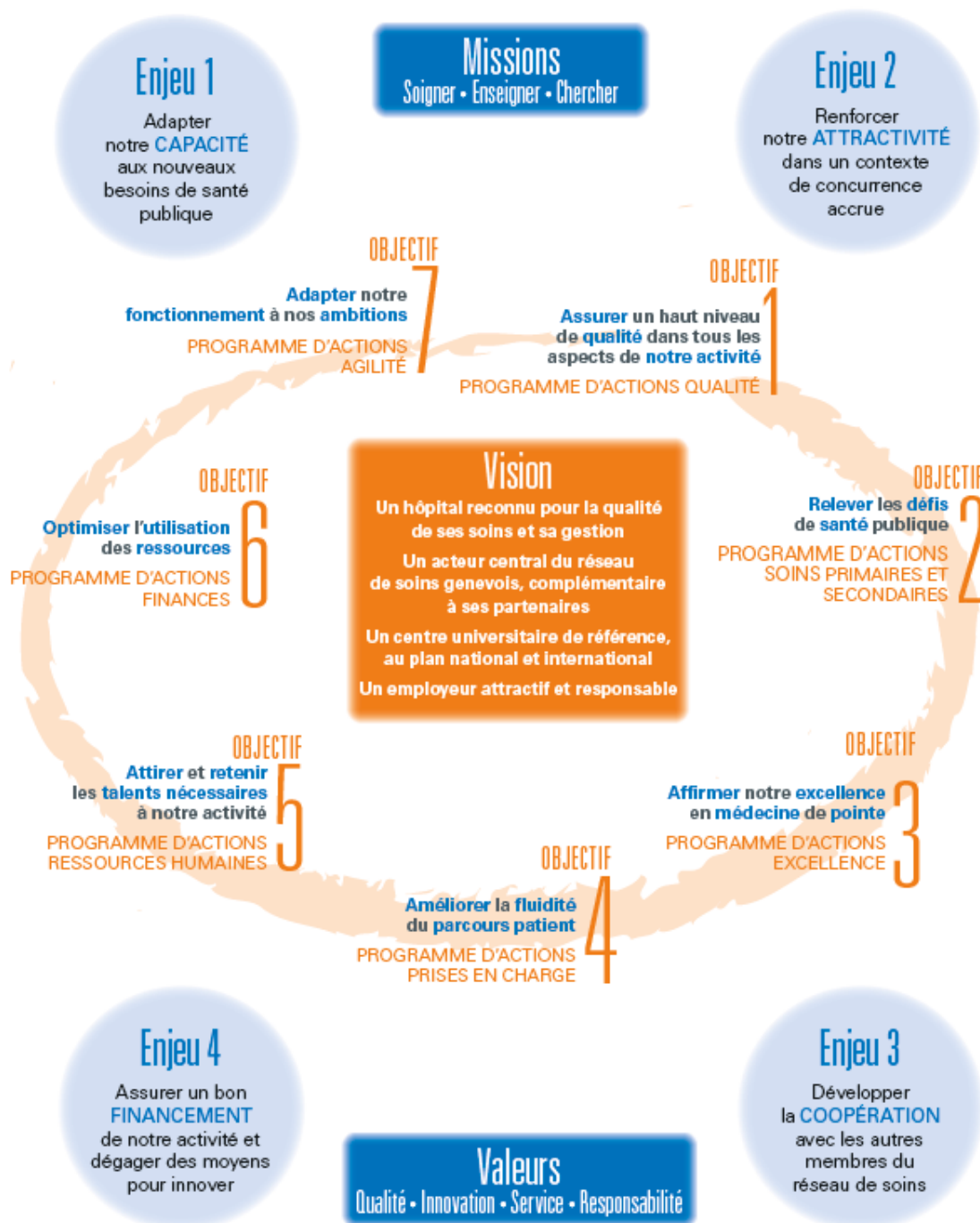
La vision stratégique des HUG est d'être :

- un hôpital reconnu pour la qualité de ses soins et sa gestion,
- un acteur central du réseau de soins genevois, complémentaire à ses partenaires,
- un centre universitaire de référence, au plan national et international,
- un employeur attractif et responsable.

Pour tendre vers cette vision, les HUG ont élaboré un plan stratégique pour la période 2010 à 2015 avec 7 objectifs stratégiques, auxquels correspondent 7 programmes d'action déclinés en 52 projets.

Les 7 programmes d'action contribuant à la mise en œuvre du plan stratégique sont les suivants :

- le programme « Qualité » est destiné à améliorer la sécurité et la qualité intrinsèque des soins ainsi que la qualité perçue par les patients et les partenaires des HUG ;
- le programme « Soins primaires et secondaires » permet de relever les défis de santé publique, croissance et vieillissement de la population, d'une part, développement des pathologies cliniques et hausse de la précarité, d'autre part;
- le programme « Excellence » est destiné à affirmer la position des HUG dans la médecine de pointe et à renforcer le leadership national et international en collaboration avec la faculté de médecine de l'Université de Genève ;
- le programme « Prise en charge » a pour ambition d'améliorer la fluidité du parcours patient, d'éviter toute hospitalisation inutile et de dégager des capacités d'accueil pour faire face à l'accroissement de la demande ;
- le programme « Ressources humaines » a pour objectif d'attirer et retenir les talents nécessaires à l'activité des HUG, de préparer la relève et d'améliorer le management et la mobilisation des collaborateurs ;
- le programme « Finances » est destiné à optimiser l'utilisation des ressources mises à disposition de l'hôpital en maintenant une gestion financière et médico-économique efficace et en poursuivant les efforts d'efficience des processus de gestion ;
- le programme « Agilité » enfin a pour objectif d'adapter le fonctionnement et la structure des HUG aux enjeux stratégiques, en revisitant l'organisation interne pour faciliter notamment l'optimisation des prises en charge et l'amélioration de la qualité.



Source : vision 2015 – plan stratégique 2010-2015

6.3. Les HUG : structure et organisation

À la tête des HUG se trouve le Conseil d'administration (CA) qui adopte la politique de l'établissement. En vertu de l'article 7 de la LEPM, le CA est investi des pouvoirs les plus étendus pour la gestion et la définition de la politique des soins, sous réserve des compétences du législatif (Grand Conseil) et de l'exécutif (Conseil d'État). Comprenant 21 membres, dont le mandat est de 4 ans, le CA est présidé par un membre du Conseil d'administration désigné par le Conseil d'État. Le bureau du CA traite quant à lui les affaires courantes et prépare les séances du conseil. Par délégation du CA, il exerce certaines compétences dans le domaine de la gestion du personnel. Il est composé de 5 membres.

À teneur de l'article 20A de la LEPM, « *les HUG sont dirigés par un comité de direction, de 9 membres au maximum, comprenant les membres de la direction générale, de la direction médicale, de la direction des soins et le doyen de la faculté de médecine* ». Le comité de direction doit également proposer la politique de l'établissement au CA.

La gouvernance opérationnelle définit l'action des différents organes (exécutifs, consultatifs et autres) des HUG et englobe les règles, les processus et les comportements qui influencent l'exercice des pouvoirs et des responsabilités. Elle a pour but de rendre l'organisation plus efficace, de renforcer la participation et de consolider la légitimité de ses structures. Elle s'appuie sur les principes suivants :

- principe de responsabilisation : les structures et entités qui composent les HUG sont responsables de la bonne allocation des ressources qui leur sont confiées et de la pertinence de leurs choix de gestion ;
- principe de décentralisation (subsidiarité) : les instances des HUG délèguent à des entités opérationnelles une autonomie de gestion. Cette autonomie porte essentiellement sur l'affectation des ressources allouées par le comité de direction, les choix d'activités en conformité avec le plan stratégique, les modes d'organisation en conformité avec les règles « métier » ;
- principe de solidarité : les entités décentralisées contribuent ensemble à la performance du dispositif hospitalier ; elles tiennent compte des impacts de leurs choix de gestion sur le fonctionnement des autres entités.

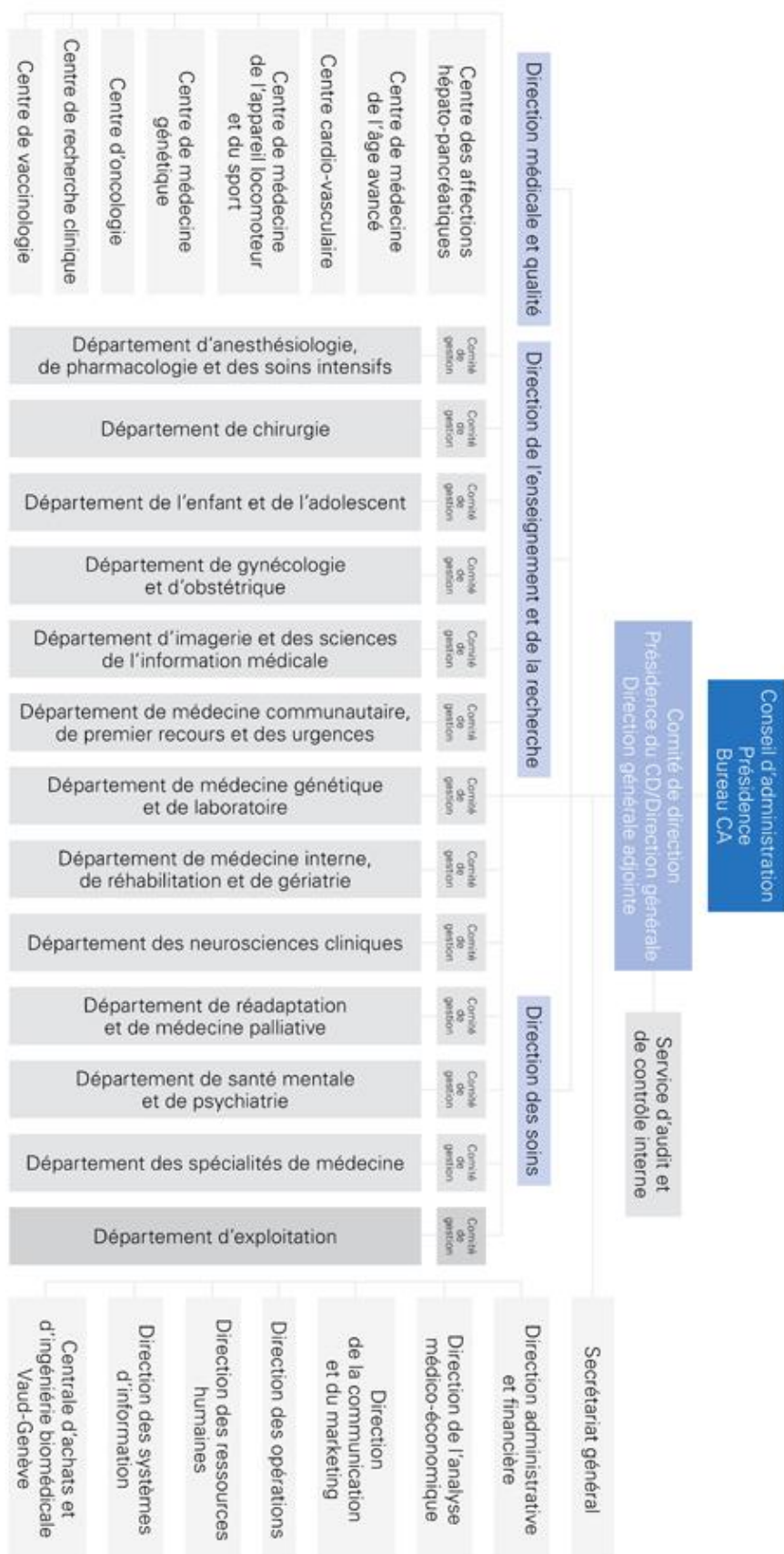
Afin d'assurer la prise en charge des patients, les HUG sont organisés sur le principe de la « décentralisation » des activités médicales et de gestion.

Les soins, de l'urgence à la réhabilitation, sont dispensés dans le cadre de 12 départements médicaux, regroupant 65 services et 121 unités. Chaque département est dirigé par un comité de gestion qui veille à l'application des dispositions légales, réglementaires, et des décisions qui émanent des instances institutionnelles. Huit centres assurent la coordination des différentes expertises autour du patient. Le département d'exploitation regroupe toutes les fonctions logistiques, techniques et hôtelières. Les autres fonctions supports sont assurées par 11 directions et services communs (direction médicale et qualité, direction des soins, direction de l'analyse médico-économique, direction des opérations, etc.) Par ailleurs, le service d'audit et de contrôle interne élabore et gère le système de contrôle interne des HUG.

- Le département médical est la structure médicale organique faîtière regroupant l'activité médicale, administrative et financière de plusieurs services médicaux. Les départements médicaux sont dirigés par des professeurs ordinaires de la Faculté de médecine, nommés par le CA.

Dans chaque département, un administrateur assure la responsabilité des activités financières, matérielles et administratives du département.

- Le service médical (cardiologie, chirurgie viscérale, gériatrie, neurologie, urgences, etc.) constitue quant à lui la structure médicale organique de base. Il a pour missions essentielles d'assurer les soins, de participer à la formation pré-, post-graduée et continue, et de développer des projets de recherche clinique. Le service est dirigé par un médecin-chef de service, en principe membre du corps professoral de l'université.
- Le centre est une structure organique transdépartementale regroupant des activités, des unités et/ou des services délégués par plusieurs départements. Il a pour missions essentielles de coordonner des filières de soins ou des itinéraires cliniques afin de garantir la qualité et la continuité des soins dans un cadre interdisciplinaire, de participer à la formation pré- et post-graduée et de participer à la recherche clinique. La mission du centre est définie dans un mandat fixé par le comité de direction. Le centre est géré par un comité de centre désigné par le comité de direction. Sur un plan opérationnel, il est dirigé en règle générale par un médecin-chef de centre, ayant rang de médecin-chef de service.
- L'unité est la plus petite structure médicale organique. Elle est en principe rattachée à un service. Elle dispense des prestations de soins, de formation et de recherche clinique, dans le cadre de la mission du service auquel elle est rattachée. Elle est sous la responsabilité d'un médecin adjoint.



Source : site internet des HUG

6.4. Les HUG : surveillance et pilotage

6.4.1. Surveillance de l'État

Selon l'article 5 de la LEPM, les HUG sont dotés de la personnalité juridique et sont placés sous la surveillance et le contrôle du Conseil d'État, plus particulièrement du DARES. Ils fonctionnent comme un établissement public autonome subventionné à hauteur de 55 % de leur budget par l'État de Genève. Depuis 2008, leurs relations avec l'État de Genève sont réglées par un contrat de prestations, qui sert de base à la détermination de la subvention et décrit les missions qui s'y rapportent. Il contient également des objectifs et des indicateurs de performance chiffrés à atteindre par l'institution. Le contrat de prestations est renégocié tous les quatre ans.

6.4.2. Pilotage et performance au sein des HUG

Depuis plusieurs années, les HUG sont engagés dans un processus de recherche d'économies et d'amélioration de leur performance.

La mesure de l'activité et de la performance des HUG est réalisée grâce aux indicateurs institutionnels et aux tableaux de bord (TBI) qui seuls font foi pour l'analyse et l'évaluation des résultats des départements et des HUG. Dès 2007, les HUG, au travers de leur direction de l'analyse médico-économique, ont en effet lancé un projet visant à créer des indicateurs institutionnels (ces indicateurs sont repris dans un tableau de bord institutionnel ou TBI). À ce jour, il existe près de 200 indicateurs institutionnels déployés à destination de la direction générale et des autres responsables. Les indicateurs institutionnels sont classés selon cinq grands domaines :

- patient ;
- organisation processus ;
- ressources humaines ;
- budget / finances ;
- résultat financier (reprise des résultats comptables).

À partir du 1^{er} janvier 2007, les HUG ont conduit une opération d'efficience nommée Victoria dont le but était de faire face à l'augmentation des charges et à la stagnation des recettes sans diminuer la qualité des soins, de la recherche et de l'enseignement. Selon les HUG, entre 2007 et 2009, des gains de 85.5 millions (amélioration des recettes et diminution des charges) ont ainsi été réalisés (32.3 millions en 2007, 26.5 millions en 2008 et 26.7 millions en 2009). Une partie de ces gains a été réallouée en 2009 et 2010 pour tenir compte de l'augmentation d'activité dans certains secteurs et soutenir des projets prioritaires.

Dans le cadre du budget 2013, les HUG ont mis en place une nouvelle action nommée « Plan Per4mance » qui prévoit notamment une recherche d'économies pérennes au cours des trois prochaines années avec un effort plus important à fournir en 2013. L'action Per4mance est complémentaire au plan stratégique et doit permettre de répondre aux objectifs suivants :

- améliorer la performance des HUG sur 4 dimensions clés : clinique, médico-économique, organisationnelle et relationnelle,

- poursuivre la mise en œuvre du plan stratégique en priorisant les projets ou actions ayant un impact fort et rapide sur l'amélioration de la performance,
- améliorer la qualité des processus et répondre aux enjeux financiers à court terme,
- revoir le portefeuille d'activités pour développer les activités génératrices de valeur, supprimer ou réorienter les activités sans valeur ajoutée.

L'action Per4mance a ainsi conduit à prioriser 15 projets du plan stratégique qui soutiennent principalement la qualité des prestations et la recherche d'efficience. Les projets prioritaires ont été sélectionnés sur la base d'indicateurs de performance économique conjointement à d'autres axes tels que qualité, obligations légales, continuité des soins, gestion des risques, conditions de mise en œuvre, positionnement concurrentiel, etc.

6.5. Les HUG en quelques chiffres pour 2012

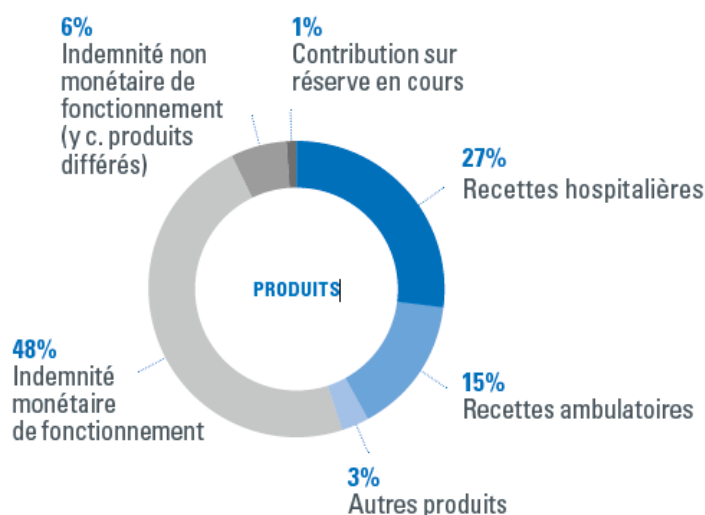
HUG

8 hôpitaux
40 lieux de soins
1'804 lits
672'728 journées hospitalières
59'939 patients hospitalisés
25'258 interventions chirurgicales
4'019 naissances
906'493 prises en charge ambulatoires
85'328 urgences
10'277 personnes (soit 8'862 équivalents temps plein)
1'725 millions de chiffre d'affaires

Source : rapport d'activité 2012 des HUG

Données financières

En 2012, selon le rapport d'activité des HUG, les produits se sont élevés à 1.725 milliard, répartis de la manière suivante :



Source : rapport d'activité 2012 des HUG

Pour l'année 2012, l'indemnité monétaire d'un total de 822 millions, s'est répartie de la manière suivante :

- 505 millions pour le fonctionnement ;
- 189 millions pour la recherche et l'enseignement ;
- 128 millions pour les missions d'intérêt général.

Personnel et activité médicale

En 2012, les HUG ont employé 10'277 personnes, représentant 8'862 ETP (équivalents temps plein). Le personnel se répartit dans les groupes professionnels de la manière suivante :

GROUPE PROFESSIONNEL	En nombre	en %
Médecins	1 519	15
Personnel des soins infirmiers	4 648	45
Personnel médico-technique	699	7
Personnel médico-thérapeutique	387	4
Personnel de services sociaux	157	2
Personnel de l'économie domestique et de la restauration	797	8
Personnel des services techniques	282	3
Personnel des services logistiques	230	2
Personnel administratif	1 569	15
HUG	10 277	100

Source : rapport d'activité 2012 des HUG

Les HUG favorisent le développement d'autres solutions pour réduire les séjours hospitaliers, par exemple la chirurgie en un seul jour (ambulatoire). En 2012, l'activité ambulatoire a augmenté de 5 %, soit la même progression qu'entre 2010 et 2011. Le total des prises en charge ambulatoires est de 906'493, dont 839'850 consultations et 66'643 prises en charge semi-hospitalières. Parmi ces dernières, on compte 6'579 interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire (« one day surgery »).

D'une valeur totale de 317 millions de francs, le plateau technique des HUG (salles d'opérations, appareils d'imagerie, etc.) est l'un des plus modernes d'Europe. En 2012, 28 millions ont été investis pour le renouveler ou le compléter.

7. TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
1	La Cour recommande aux HUG de mettre en place un projet d'analyse et de fiabilisation des indicateurs en lien avec la notion d'attente. Ce projet aura pour objectif avant tout de valider et éventuellement compléter les indicateurs actuels en termes de suivi de l'attente au niveau département et direction générale. Le projet devra également permettre de : - fixer au sein des HUG une définition de la notion d'attente et notamment des éléments à prendre en compte pour calculer un délai d'attente (point de vue patient, point de vue HUG), - définir une cible pour chacun des indicateurs au niveau d'un département, mais également au niveau de la direction générale en tenant compte de l'effet potentiel de « vases communicants » entre disciplines utilisant les mêmes ressources, - s'assurer de la cohérence des cibles définies en matière de consultation par rapport à la capacité en matière d'opération et d'hospitalisation (lits), - définir le moyen le plus efficient, fiable et reproductible pour obtenir et consigner l'information nécessaire à la constitution des indicateurs ; la généralisation de l'utilisation de l'outil Gréco pourrait être une solution.	2	Direction des opérations (DO) DO Direction analyse médico économique (DAME) / DO DAME / Direction médicale	30 sept. 2014 31 déc. 2014 31 déc. 2014 30 juin 2014	
2	La Cour recommande aux HUG d'intégrer dans la définition des vacations l'impact en matière d'attente pour les patients. Cet impact devra être rapproché des cibles préalablement définies (cf. recommandation 1) afin d'ajuster si nécessaire l'allocation des moyens, notamment les salles de consultation. Les HUG devront également effectuer et formaliser une analyse des vacations afin de tenir compte de l'évolution des délais d'attente. Cette analyse devra être reconduite régulièrement (au minimum une fois par an). Enfin, les HUG devront également étudier la corrélation entre les vacations octroyées par disciplines ou médecins et la capacité en matière d'opération suite à une consultation ou à une hospitalisation (lits).	2	DO / Commission des blocs	31 déc. 2014	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
3	La Cour recommande aux HUG de recenser les pratiques des différents secrétariats et d'analyser l'impact de l'organisation actuelle sur : - la communication vis-à-vis des médecins traitant et des patients, - les délais pour obtenir un rendez-vous, - la qualité des informations en lien avec l'attente des patients estimées et consignées par les différents secrétariats. La Direction générale devra, sur la base de cette analyse, se prononcer sur une uniformisation des pratiques à mettre en place et, le cas échéant, adapter le descriptif des postes des secrétaires. En complément, la Cour recommande de faire une analyse de l'expérience conduite au département de neurosciences cliniques depuis 2011 pour traiter les consultations dites semi-urgentes. Cette analyse devrait mettre en évidence et quantifier l'amélioration de l'accueil et déterminer les départements où une telle organisation serait envisageable.	2	DO / DRH	31 déc. 2014	
4	La Cour recommande au DARES et aux HUG de mener une réflexion de fond sur les prestations en matière de soins urgents afin de tenir compte de l'évolution de la population, de ses besoins et de son comportement. Il sera notamment important de : - Revoir les estimations du nombre probable de cas urgents dans les années à venir en qualifiant l'évolution des pathologies traitées en urgence notamment au sein des HUG, - Mesurer l'impact qu'a eu le RUG depuis 2009 sur le flux d'entrées de patients au SU en termes de volume et de complexité des cas, - Mener une réflexion plus large en matière de prestations d'urgence au niveau du canton afin d'identifier, au-delà du RUG, les alternatives aux HUG possibles notamment en fonction du type de maladies (aiguës, chroniques, psychiatriques), de l'âge des patients ou encore du coût des structures pouvant proposer des solutions d'urgence,	2	DAME DAME Direction générale de la santé	31 déc. 2014	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
	- Analyser les déports potentiels du flux électif vers le flux urgent, - Mesurer le nombre de patients envoyés aux urgences par un médecin de ville faute de pouvoir faire hospitaliser en électif son patient.		SU DO		
5	La Cour recommande aux HUG de poursuivre l'analyse des raisons de la non-atteinte des cibles fixées par le SU en termes de délais de prise en charge des patients notamment pour les degrés d'urgence 1 et 2, ainsi que pour les durées de séjour. Sur la base de cette analyse, les HUG devront définir et mettre en œuvre un plan d'actions ou revoir les cibles si celles-ci ne sont plus adéquates.	2	Département médecine communautaire, de premier recours et des urgences	31 déc. 2014	
6	Étant donné la situation actuelle (cibles non atteintes) et l'évolution croissante du flux urgent de patients (ex. : augmentation du nombre d'urgences traitées - 60'897 en 2012, en hausse de 4 % par rapport à 2011), la Cour recommande aux HUG d'analyser les éléments suivants : - la typologie des cas traités et la concentration en un seul lieu du flux des patients du canton le week-end et la nuit, - des alternatives à l'entrée unique du SU (permanence médicale au sein des HUG avec des ressources internes ou externes ...). Sur la base de ces analyses, les HUG devront éventuellement reconsidérer les leviers d'actions proposés dans le cadre de l'étude détaillée menée en 2009 de ce service.	3	DO	31 déc. 2014	
7	<i>Cf. recommandation 1</i>				
8	La Cour recommande aux HUG de revoir, en fonction des délais d'attente cible et réels, l'ensemble des vacations attribuées aux disciplines. Pour ce faire, il est indispensable de connaître avec exactitude les délais d'attente réels et de fixer des cibles en termes de délai. Ces cibles doivent être définies par le département concerné et acceptées par la direction générale.	2	Commission des blocs / DO	31 déc. 2014	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
	En fonction des cibles retenues, l'allocation des ressources devra être revue, les horaires d'ouverture des blocs éventuellement modifiés. Par ailleurs, dans ce cadre, l'externalisation de certaines opérations ou encore le partenariat avec des cliniques privées pourront être étudiés sans se départir des missions de formation de l'hôpital universitaire.				
9	La Cour invite la commission des blocs, en collaboration avec la direction médicale et la direction générale, à établir plus précisément les règles de gestion et de fonctionnement des blocs opératoires. Les règles doivent être claires en matière de programmation et de réservation des salles d'opération afin d'éviter des pratiques hétérogènes rendant leur gestion plus complexe. Les règles doivent être validées par la direction générale et être transmises à l'ensemble des parties prenantes. Elles peuvent être formalisées dans la charte des blocs. À ce titre, cette charte devrait être complétée pour intégrer notamment les points suivants afin d'être un outil de management : - La somme des durées prévisionnelles d'intervention d'un jour considéré ne doit pas excéder la durée de la vacation ; - La règle des 72 heures qui permet d'utiliser les vacations restées libres ; - Les personnes autorisées à programmer des interventions. À l'heure actuelle, certaines secrétaires de chefs de service peuvent programmer dans le logiciel les opérations dans les salles dites « patronales » et les IAG du bureau de programmation opératoire ne gèrent pas la planification à long terme de toutes les spécialités ; - Les informations obligatoires transmises aux IAG pour effectuer la programmation (temps opératoire, urgence du cas...etc.) ; - Le rôle de la commission des blocs et les règles d'attribution des vacations ; - La prise en compte des interventions urgentes...etc.	3	Commission des blocs / DO	30 sept. 2014	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
10	La Cour recommande à la direction des ressources humaines de se rapprocher des départements et de la direction des opérations afin de discuter et de définir une stratégie en lien avec les sujets suivants : • formations et spécialisations des équipes opératoires, • profils des instrumentistes au regard des tâches à réaliser, • utilisation grandissante des nouvelles technologies (robotique), • composition des équipes d'interventions pour ouvrir une salle d'opération.	2	DO	31 déc. 2015	
11	La problématique des contraintes horaires différentes entre le personnel soignant et les médecins devra également être clarifiée afin de traiter un éventuel élargissement des plages horaires pour les salles d'opération.			Non applicable	
12	La Cour recommande aux HUG de faire un état des lieux de l'utilisation réelle des lits supplémentaires et de débordement afin : - d'identifier leur volume et leur fréquence d'utilisation, - de qualifier la flexibilité actuelle de BDL1, - d'identifier l'impact potentiel du projet BDL2 sur cette flexibilité. Dans le cadre de cette réflexion, il serait important de prendre en compte le virage ambulatoire tout comme les contraintes liées à une population vieillissante.	2	DO	31 déc. 2015	
13	La Cour invite les HUG à anticiper de manière plus systématique la sortie en discutant dès que possible avec le patient de sa situation personnelle et de ses besoins. Le bureau de programmation opératoire pourrait être le lieu pour discuter de la date prévisionnelle et des conditions de sortie. Il est important également de maintenir avec les institutions actives dans le maintien à domicile une communication anticipée et régulière.	3	DO	31 déc. 2014	
	La Cour invite les HUG à réaliser une analyse des horaires de sortie pour déterminer à quel moment				

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
	les sorties ont lieu et déterminer si des gains d'efficience sont possibles.				
14	La Cour invite les HUG à redéfinir le nombre souhaitable et approprié de lits dédiés aux patients en attente d'EMS. Par ailleurs, les HUG devront également envisager la requalification des personnes actuellement en attente d'EMS mais qui a priori pour des raisons de santé ne trouvent pas de place dans les structures d'EMS actuelles. Enfin, la location d'une partie de l'hôpital de Loëx à un EMS devra être reprécisée par la direction générale en lien notamment avec le besoin potentiel de places supplémentaires.	1 1	DMIRG Direction générale des HUG	31 déc. 2014 30 juin 2015	
15	La Cour encourage la commission du réseau de soins à établir un plan d'action qui vise à doter le canton d'un système de gestion unique de la liste d'attente de places en EMS et des lits disponibles en EMS. L'ensemble des leviers d'actions doit être envisagé voire une modification législative (Loi sur la santé (LS) et la Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA). Ce plan d'action devra s'inscrire dans la démarche lancée récemment par la DGS sur ce sujet en collaboration avec l'ensemble des acteurs cantonaux concernés.	2	Direction générale de la santé	31 déc. 2015	
16	La Cour invite les HUG à mettre en place un pilotage global et transversal des files d'attente, afin d'éviter les effets non maîtrisés des vases communicants entre départements et pathologies.	2	DO	31 déc. 2015	

8. DIVERS

8.1. Glossaire des risques

Afin de définir une **typologie des risques pertinente aux institutions et entreprises soumises au contrôle de la Cour des comptes**, celle-ci s'est référée à la littérature économique récente en matière de gestion des risques et de système de contrôle interne, relative tant aux entreprises privées qu'au secteur public. En outre, aux fins de cohésion terminologique pour les entités auditées, la Cour s'est également inspirée du « Manuel du contrôle interne, partie I » de l'État de Genève (version du 13 décembre 2006).

Dans un contexte économique, le **risque** représente la « possibilité qu'un événement survienne et nuise à l'atteinte d'objectifs ». Ainsi, la Cour a identifié trois catégories de risques majeurs, à savoir ceux liés aux objectifs **opérationnels** (1), ceux liés aux objectifs **financiers** (2) et ceux liés aux objectifs de **conformité** (3).

1) Les risques liés aux objectifs opérationnels relèvent de constatations qui touchent à la structure, à l'organisation et au fonctionnement de l'État et de ses services ou entités, et dont les conséquences peuvent avoir une incidence notable sur la qualité des prestations fournies, sur l'activité courante, voire sur la poursuite de son activité.

Exemples :

- engagement de personnel dont les compétences ne sont pas en adéquation avec le cahier des charges ;
- mauvaise rédaction du cahier des charges débouchant sur l'engagement de personnel ;
- mesures de protection des données entrantes et sortantes insuffisantes débouchant sur leur utilisation par des personnes non autorisées ;
- mauvaise organisation de la conservation et de l'entretien du parc informatique, absence de contrat de maintenance (pannes), dépendances critiques ;
- accident, pollution, risques environnementaux.

2) Les risques liés aux objectifs financiers relèvent de constatations qui touchent aux flux financiers gérés par l'État et ses services et dont les conséquences peuvent avoir une incidence significative sur les comptes, sur la qualité de l'information financière, sur le patrimoine de l'entité ainsi que sur la collecte des recettes, le volume des charges et des investissements ou le volume et coût de financement.

Exemples :

- insuffisance de couverture d'assurance entraînant un décaissement de l'État en cas de survenance du risque mal couvert ;
- sous-dimensionnement d'un projet, surestimation de sa rentabilité entraînant l'approbation du projet.

3) Les risques liés aux objectifs de conformité (« compliance ») relèvent de constatations qui touchent au non-respect des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou tout autre document de référence auquel l'entité est soumise et dont les conséquences peuvent avoir une incidence sur le plan juridique, financier ou opérationnel.

Exemples :

- dépassement de crédit d'investissement sans information aux instances prévues ;
- tenue de comptabilité et présentation des états financiers hors du cadre légal prescrit (comptabilité d'encaissement au lieu de comptabilité d'engagement, non-respect de normes comptables, etc.) ;
- absence de tenue d'un registre des actifs immobilisés ;
- paiement de factures sans les approbations requises, acquisition de matériel sans appliquer les procédures habituelles.

À ces trois risques majeurs peuvent s'ajouter trois autres risques spécifiques qui sont les risques de **contrôle** (4), de **fraude** (5) et **d'image** (6).

4) Le risque de contrôle relève de constatations qui touchent à une utilisation inadéquate ou à l'absence de procédures et de documents de supervision et de contrôle ainsi que de fixation d'objectifs. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de tableau de bord débouchant sur la consommation des moyens disponibles sans s'en apercevoir ;
- procédures de contrôle interne non appliquées débouchant sur des actions qui n'auraient pas dû être entreprises ;
- absence de décision, d'action, de sanction débouchant sur une paralysie ou des prestations de moindre qualité.

5) Le risque de fraude relève de constatations qui touchent aux vols, aux détournements, aux abus de confiance ou à la corruption. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- organisation mise en place ne permettant pas de détecter le vol d'argent ou de marchandises ;
- création d'emplois fictifs ;
- adjudications arbitraires liées à l'octroi d'avantages ou à des liens d'intérêt ;
- présentation d'informations financières sciemment erronées, par exemple sous-estimer les pertes, surestimer les recettes ou ignorer et ne pas signaler les dépassements de budget, en vue de maintenir ou obtenir des avantages personnels, dont le salaire.

6) Le risque d'image (également connu sous « risque de réputation ») relève de constatations qui touchent à la capacité de l'État et de ses services ou entités à être crédible et à mobiliser des ressources financières, humaines ou sociales. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de contrôle sur les bénéficiaires de prestations de l'État ;
- bonne ou mauvaise réputation des acheteurs et impact sur les prix ;
- porter à la connaissance du public la mauvaise utilisation de fonds entraînant la possible réduction ou la suppression de subventions et donations.

8.2. Remerciements

La Cour remercie l'ensemble des collaborateurs des HUG, du DARES, du DSE et des autres acteurs de la santé qui lui ont consacré du temps.

L'audit a été terminé le 1^{er} novembre 2013. Le rapport complet a été transmis au président du Conseil d'administration des HUG et, pour les parties concernant le DARES, au Conseiller d'État en charge de ce département. Leurs observations remises le 22 novembre 2013 ont été dûment reproduites dans le rapport.

La synthèse a été rédigée après réception des observations des entités auditées.

Genève, le 3 décembre 2013

François Paychère
Président

Isabelle Terrier
Magistrate titulaire

Stanislas Zuin
Magistrat titulaire



COUR DES COMPTES
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en contactant la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités soumises à son contrôle, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement de ses tâches.

La Cour des comptes garantit l'anonymat des personnes qui lui transmettent des informations, mais n'accepte pas de communication anonyme.

Vous pouvez contacter la Cour des comptes par téléphone, courrier postal, fax ou courrier électronique.

Cour des comptes - CP 3159 - 1211 Genève 3
tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99
<http://www.cdc-ge.ch>



Cour des comptes - CP 3159 - 1211 Genève 3
tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99
<http://www.cdc-ge.ch>