

*Date de dépôt : 11 août 2020*

## **Rapport**

**de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2019**

*Rapport de majorité de M<sup>me</sup> Marjorie de Chastonay (page 1)*

*Rapport de minorité de M<sup>me</sup> Jocelyne Haller (page 26)*

### **RAPPORT DE LA MAJORITÉ**

#### **Rapport de M<sup>me</sup> Marjorie de Chastonay**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La commission de la santé a étudié ce projet de loi durant les séances du 22 et 29 mai 2020 sous la présidence de M. Pierre Nicollier. Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M<sup>me</sup> Laura Diallo que nous remercions. La commission a auditionné les représentants des HUG le 22 mai ainsi que les représentant.e.s du personnel et des syndicats SIT et du SSP lors de la séance du 29 mai 2020.

Ont assisté à tout ou partie des débats : M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat (DSES), M. Adrien Bron, Directeur général de la santé (DSES), M. Nicolas Müller, Directeur SNEP (DSES).

**Séance du 22 mai 2020 : Audition de M. François Canonica, président, M. Bertrand Levrat, directeur général, et M<sup>me</sup> Estelle Soulard Guéry, adjointe de la direction des finances – HUG**

Selon M. Canonica, les comptes sont, pour l'instant, à l'équilibre dans la mesure décrite dans l'exposé des motifs.

M. Levrat rappelle le contexte de la **crise COVID**. L'hôpital a été totalement remanié et bouleversé par le COVID et reprend aujourd'hui le cours de ce qui a été laissé de côté pendant plusieurs mois pour se concentrer sur les patients COVID. Aujourd'hui, il est reconnaissant pour les équipes qui se sont engagées et le bilan au niveau de la mortalité et de la prise en charge qui est à la hauteur d'un système de santé de qualité, pour les HUG et les cliniques privées. Ce qui marque le **rapport de gestion 2019** ce sont les grands axes suivants :

- 1) Le premier axe est le **vieillessement de la population** et les **maladies chroniques** qui y sont associées ce qui fait que l'hôpital, pour le même nombre de patients, peut avoir des patients plus lourds, polymorbides dont la prise en charge est plus complexe.
- 2) Le deuxième axe ce sont les changements que l'on peut vivre dans l'environnement et qui conditionnent la prise en charge. **Le recours de la justice à des mesures de placement plutôt que des décisions purement médicales de placement en hôpital psychiatrique.**

On a des politiques qui comportent des durées de séjours de 100 jours supérieures entre une hospitalisation pour des pathologies similaires **décidée par l'autorité médicale** ou des **décisions de placement judiciaire** qui font en sorte qu'on a des durées d'hospitalisation de 120-130 jours avec un nombre de cas en augmentation constante. Sur le *site de Belle-Idée*, on voit se transformer des unités de soin en tournus en des unités de soins au tournus plus faible **puisque c'est l'autorité de placement qui décide ou non de la sortie** et elle prend **quasiment 100 jours de plus** pour prendre une décision de sortie. Du coup, le **nombre de personnes sous mesures est en augmentation**. Ils sont en train d'adapter les locaux à des durées moyennes de séjour en psychiatrie qui s'allongent. Pour le reste, les soins aigus stationnaires comptent 52 000 cas, et il y a plus de 1 100 000 visites ambulatoires, qui sont un reflet du stationnaire vers l'ambulatoire.

Il y a une activité très soutenue dans tous les domaines et des projets d'itinéraires patients, des spécialisations en réadaptation et une adaptation de l'organisation pour être **efficace** et un hôpital à la mesure des enjeux qui est à même de se réformer pour déployer les meilleurs soins possibles aux patients. L'année 2019 est l'occasion d'un **premier bilan de la réorganisation des**

**départements médicaux.** Ils sont passés de 12 à 10 départements médicaux courant 2018. Ils sont très positifs sur la **création d'un département diagnostique** qui regroupe les laboratoires et l'imagerie et il y a le département de médecine aide qui regroupe les urgences, l'anesthésie et les soins intensifs. Cette organisation leur a permis de bien réagir par rapport aux adaptations nécessaires au COVID.

Il y a une **augmentation significative du recours aux urgences.** Le rapport à la médecine change, la **plupart des gens n'ont plus de médecin de famille** et consultent les urgences en cas de difficulté. En revanche, on constate que le **vieillessement de la population** fait en sorte que les **urgences lourdes sont en augmentation**, liées à des gens qui lorsqu'ils chutent dans les escaliers ou ont une attaque engendrent une chaîne de soins importante. Près de 30% des prises en charge des urgences adultes nécessitent une hospitalisation, alors que c'est moins de 10% chez les enfants alors même que le volume de consultation est important.

Il souligne que les HUG fonctionnent bien, sont à la hauteur des enjeux, sont face à un vieillissement de la population genevoise. **Les difficultés sont liées au recrutement de personnel, à l'adéquation du personnel dans les unités de soins.** Il annonce qu'une réflexion est en cours sur une possible **régularisation d'intérimaires** qui ont illustré pendant cette crise leur présence et utilité pour le fonctionnement de l'institution. En termes de dotation, il pense que l'on consomme **trop de personnel intérimaire** et il est important pour la sécurité des patients et la prise en charge d'avoir la capacité de les passer en **postes fixes** qui apparaîtront à la base comme des effectifs des HUG. Il y a des situations **précaires** pour lesquelles en tant que directeur général il n'est pas à l'aise d'avoir des personnes qui sont sous contrat d'intérimaire pendant 5-7 ans plutôt que d'assumer qu'on en a besoin. C'est un des sujets qui reviendra probablement à la COFIN au bouclage 2020.

Le deuxième aspect est le fait que de la même manière qu'ils prévoient des **masques**, ils doivent **prévoir des lits en soins intensifs en cas de deuxième vague.** Les lits existent, mais ce qui coûte est le fait d'avoir du personnel qui est à même d'être au lit du malade. Il faut anticiper les adaptations de l'hôpital et ils iront demander des crédits supplémentaires à la COFIN pour imaginer un dispositif d'anticipation d'une 2<sup>e</sup> vague.

### *Questions des député.e.s*

**Q (S) : Qu'est-ce qui a été fait concrètement depuis 2018 pour réduire le recours aux intérimaires,** puisque cela est déjà écrit dans le pv de 2019 ?

**R (M. Levrat) : Ils ont augmenté le pool de personnel** pour répondre aux

**remplacements**, mais ça n'a pas eu un effet important. L'interprétation des règles de remplacements a fait en sorte que, sur les absences pour des maladies de longue durée, ils n'étaient pas dans une dotation à la base mais ils avaient recours à des agences intérimaires, parce que si la personne retrouvait rapidement la santé, elle pourrait revenir sur son lieu de travail. Il y a eu tout **un travail en 2019 de tentative de réduction du recours aux intérimaires avec une spécialisation des pool-listes**, soit de gens qui viennent en renfort en cas d'absence maladie ; et une augmentation de ce nombre. On dépense presque 60 millions par année en intérimaires. Il y a **deux écoles principales** :

1. La première, c'est 100% des gens qui demandent un permis de travail, mais il existe déjà, puisqu'il est demandé par les agences d'intérim, qu'ils recrutent 100% des gens qui sortent de HES et qu'il n'y a pas un seul personnel infirmier ou soignant au chômage sauf le personnel licencié. C'est donc manifestement du personnel importé de l'autre côté de la frontière.
2. La deuxième est la question des diplômes HES ou ES et dans ce cadre il y a besoin de **faire évoluer la posture des soignants** et de rester sur le fait que c'est une profession HES. En revanche, la plupart de ces intérimaires ont des diplômes qui n'ont pas cette même valeur, mais ils ont une **pratique quotidienne** auprès des patients et ont une validation des acquis en travaillant pendant des années.

**Q (S) : Compte tenu de ce qu'il s'est passé avec le COVID, est-ce que les HUG vont davantage s'investir dans la promotion et la prévention de la santé, notamment la promotion pour le lavage des mains ? R (M. Levrat) :** Le travail de promotion s'est fait avec des équipes qui ont été mobilisées conjointement avec la DGS, de façon étroite. Les rôles et responsabilités de promotion et de prévention de la santé appartiennent plus à la Confédération et aux cantons.

**Q (PLR) :** Il est évident que ce rapport 2019 déborde sur l'année 2020 étant donné l'actualité. Il relève la prestation de qualité et de quantité qui a été remarquable et qui a permis à Genève de sauver d'innombrables vies. Le COVID a fait appel à un renforcement de la structure des HUG qui s'est fait par l'ensemble des collaborateurs qui travaillent en dehors des HUG. **Voient-ils une possibilité de développement qui permettrait dans des domaines sélectifs d'appeler la médecine de ville en complémentaire de la médecine des HUG qui reste la tour principale du système de santé genevois ? R (M. Levrat) :** Au mois de mars, ils ont fait face en équipe et la question était de savoir si on doublait le nombre de patients tous les deux jours

ou tous les 3 jours. Le tour de force fait par **l'ensemble du réseau** a effectivement été remarquable et à cette occasion les barrières public-privé sont tombées et ils ont pu fonctionner comme un hôpital cantonal sur l'ensemble du canton pour répondre au mieux aux patients COVID et à tous les autres patients. A travers cette crise, ils ont gagné du **respect mutuel** qui est évidemment susceptible de poser des bases de collaborations au service de patients. Quand on se pose la question d'une **deuxième vague**, les patients peuvent rapidement se détériorer et finir aux soins intensifs et il n'y a que l'hôpital de la Tour qui a 10 lits en soins intensifs. Même si une collaboration est souhaitée et nécessaire, il y a des domaines où il sera attentif pour le bien des patients à défendre le fait que c'est une **médecine qui doit rester dans les HUG**. Selon lui, plein de mythes sont tombés : les chirurgiens des HUG sont allés opérer dans le privé et ils sont quand même revenus. Aujourd'hui, il y a tout le terreau fertile pour de nouvelles collaborations. Ceci dit, une planification sanitaire a été posée et elle fait sens à être mise en œuvre. Le post-COVID est cette capacité qu'ont eue tous les acteurs de voir qu'ils ont pu travailler ensemble et il se réjouit que cela se poursuive.

**Q (PLR) : Y a-t-il a au sein des HUG une réflexion qui tienne compte de la diminution de la capacité d'être remboursé par les assurances, de l'exigence accrue en termes de nombre de patients, du vieillissement de la population, de moyens techniques et de prestations fournies par les HUG ? Y a-t-il une réflexion pour prioriser un certain nombre d'activités avec la ville et le CHUV ?** En effet, l'avenir en termes financiers paraît assez difficile.

**R (M. Levrat) :** Ils sont en visioconférence chaque semaine avec le CHUV. Durant la crise, ils ont, par exemple, partagé de manière équitable le propofol. Ils ont mis leur capacité d'être des vrais partenaires sur la table et ça a marché. Il y a effectivement une **capacité de synergie**, les discussions existent et continuent. Là où le **COVID a changé des paradigmes**, c'est qu'ils n'avaient **pas le temps de faire de la documentation clinique élaborée**. Ils ont **gagné jusque 20% d'efficacité pour que le personnel soignant soit là** pour les patients et pas derrière leurs ordinateurs pour rentrer à entrer des données. En termes d'efficacité, il est favorable de questionner ces processus de documentation clinique, car les HUG coûtent 5,5 millions par jour.

**Q (PDC) :** Il se joint aux remerciements et trouve que le travail a été remarquable. Il a une question à la **p. 2** sur le plateau technique. **Est-ce que la nouvelle loi votée sur les équipements de pointe ne va pas les handicaper ?**

**R (M. Levrat) :** Ce qui a été discuté dans le cadre de l'élaboration de cette loi, c'est que **les investissements dans les équipements lourds font partie du**

**plan financier quadriennal** et dans ce cadre-là ils correspondaient aux nouveaux investissements des années pour lesquelles il y a un ralentissement. On peut imaginer que des questions soient posées sur d'éventuels investissements futurs si dans 5 ou 10 ans on se dit que l'hôpital souhaite se doter d'un appareil. **Il soutient le principe de cette loi, car elle est en mesure de baisser la compétition stérile sur certains appareils.** L'ensemble de leurs projets d'investissements font partie de ce qui devrait être financé par l'Etat.

**Q (PLR) : Est-ce que les soins en psychiatrie en lien avec la pratique judiciaire sont un dysfonctionnement des pratiques judiciaires plutôt qu'une évolution sociétale,** puisqu'il est indiqué à la **p. 29 du rapport** que d'un point de vue médical, la décision de sortie pourrait avoir lieu, mais pas d'un point de vue judiciaire ? **R (M. Levrat) :** C'est un peu des deux. D'un côté, il y a la **pression sur les magistrats** pour libérer quelqu'un qui potentiellement aurait un comportement inadéquat à l'extérieur. Depuis le **drame d'Adeline**, les acteurs judiciaires sont particulièrement prudents. C'est une question de **gestion du risque**. Il ne parlerait pas de dysfonctionnement, mais d'une prudence qui parfois semble excessive du côté médico-soignant. Par ailleurs, des **structures d'aval**, dans lesquelles on pourrait parler de semi-liberté ou d'encadrement plus léger **font défaut à Genève.** **Par défaut, les gens restent en hôpital psychiatrique alors qu'ils devraient vraisemblablement pouvoir être logés dans des structures.** **R (M. Canonica) :** Le retour au carcéral n'est pas possible parce que cela va dans l'autre sens. Ce qui est visé au bout du compte est **la réinsertion, mais il manque un réseau de structures** qui permette de faire un dernier bout de chaîne ce qui explique le stockage sur le *site de Belle-Idée*.

**Q (PLR) : Qu'est-ce qui rend la charge globale de prise en charge plus importante concernant le vieillissement ?** Est-ce que ce sont les actes médicaux ou les besoins d'aide et d'accompagnement en soins infirmiers ? Comment le quantifient-ils ? **R (M. Levrat) :** Ce sont les deux. Sur le système PRL qui permet d'évaluer la charge soignante, ils ont fait des statistiques précises hors période de grippe et en 2018 et 2019, il y a une hausse de 2% de la charge en soins. Cela signifie que la manière dont on accompagne ces personnes plus âgées s'alourdit et les comorbidités de cette population font en sorte que la réponse médicale est en augmentation.

**Q (PLR) : Comment arrivent-ils à valoriser cette augmentation de la charge médicotechnique de prise en soin ? R (M. Levrat) :** Le catalogue suisse DRG est une SA dont le fonctionnement et la formule magique pour savoir comment ils calculent le point DRG sont quelque chose que les cantons et les administrations des hôpitaux n'arrivent pas à percer.

**Q (PLR) : Y a-t-il un écart de plus en plus grand qui se crée entre le coût réel de prise en charge et la possibilité d'une facturation qui couvre la charge du point de vue du personnel ? R (M. Levrat) :** L'écart est permanent, mais SwissDRG n'est pas totalement net, car leur évolution a souvent 5 ans de retard sur l'évolution que l'on perçoit sur la charge en soin. Il est vrai que pour certaines pathologies dont s'occupent les HUG, plus on travaille plus on perd d'argent.

**Q (PLR) : Est-ce que les personnels auxiliaires vont postuler ou vont-ils être régularisés ? Si c'est le cas, est-ce qu'on ne risque pas de créer une inégalité entre ceux qui sortent des écoles et qui viendraient postuler maintenant et qui verraient la possibilité d'être engagés prise par les personnes régularisées ? Ce faisant, ce ne serait-ce pas un coup de griffe à la préférence genevoise dans la mesure où l'employeur des personnes engagées par les agences sont justement les agences et sont-elles moins soumises au contrôle du département sur cette question ? Si on faiblit ce contrôle, prive-t-on des jeunes qui sortent des écoles à accéder à des emplois au sein des HUG ? R (M. Levrat) :** 100% des diplômés HEdS auront un emploi aux HUG, sauf si lors de leur entretien d'embauche, leur comportement est jugé inadéquat. Certains jeunes de la HEdS allaient s'inscrire à des agences d'intérimaires pour ensuite être engagés par les HUG plus rapidement. **Aujourd'hui l'idée est d'engager toute de suite tout le monde.** Il y a néanmoins un moment de latence entre l'obtention du diplôme HEdS et l'inscription fédérale du droit de pratique. La différence qu'ils introduiront peut-être, c'est que pendant les quelques mois avant de répondre à leur souhait, **ils vont les mettre dans un pool de remplacement immédiat** pour aider à remplacer les absences. Il donne l'exemple d'une collaboratrice qui travaille depuis 6 ans aux soins intermédiaires de chirurgie et elle est intérimaire de longue durée. **La pratique doit évoluer et elle n'affectera pas les diplômés.** En ce qui concerne la **préférence cantonale, ils engagent toutes les personnes disponibles sur le marché genevois** et malgré cela, les besoins des HUG sont supérieurs. Les HUG sont l'institution qui chaque année engage le plus de chômeurs et c'est l'employeur qui engage le plus de personnes frontalières de Genève, il y a 900 nouveaux contrats chaque année.

**Q (EAG) : Q1 : N’y aurait-il pas lieu de développer la psychiatrie ambulatoire ?** En effet, dans le rapport ils indiquent avoir pris des mesures pour une **meilleure articulation entre l’hospitalier et l’activité ambulatoire**, mais le dispositif ambulatoire suffit-il pour répondre aux besoins sachant qu’ils ne sont pas forcément identifiés ? **Q2 : Sur la prévision de lits en soins intensifs, y aura-t-il une phase transitoire ou vont-ils utiliser le dispositif existant**, sachant qu’il ne sera pas tout le temps en alerte et afin de ne pas porter préjudice aux autres services ? **Q3 : Ont-ils pu identifier au niveau des contentieux des factures non payées, une augmentation au cours des 18 derniers mois sachant que la précarité augmente**, que beaucoup de personnes ont des franchises hautes et qu’on se doute bien qu’il y aura une répercussion sur l’accès aux soins et sur les prestataires de soins ? **R3 (M. Levrat) :** La réponse a été donnée par écrit. **(Voir Annexe 2)<sup>1</sup>** **R2 (M. Levrat) :** Sur la **psychiatrie**, ils ont entrepris des **réformes importantes** sur l’organisation, car la question des gens qu’on rate dans le système se pose, et elle est **récurrente**. Aujourd’hui, à travers les **CAPi**, ils essayent de rester en lien avec l’ensemble de leurs patients et les **unités mobiles de psychiatrie** pour éviter d’avoir des gens qui restent sur le carreau. Les réformes entreprises visent à rater le moins de monde possible et il pense qu’ils sont plutôt **efficaces** par rapport à cela. Il arrive moins souvent que des personnes arrivent en hospitalisation alors qu’il y avait un **suivi ambulatoire**. **R2 (M. Levrat) :** Sur la question des **urgences**, un des projets qui existe au niveau européen ce sont les **maisons de santé** qui permettraient aux gens d’avoir un système de santé de **proximité** sans avoir besoin d’un recours aux urgences. Quant au dispositif **COVID**, il implique de simplifier les autres patients. Ils ont suspendu les chirurgies et s’ils n’arrivent pas à dégager des ressources, ils doivent diminuer des activités qu’ils étaient en train de faire et ce n’est pas possible. L’alternative à mettre des postes COVID, c’est probablement de repousser encore de

---

<sup>1</sup> Lettre de M. Levrat à la commission : « *Point 1 : Provision pour débiteurs douteux : Le taux réel de provision pour débiteur s’élève à 1,1% en 2018 et à 1,3% en 2019. Si le montant de la provision en CHF (valeur absolue) a légèrement augmenté en 2019, la provision pour débiteurs douteux demeure dans la norme sans dégradation notable de la solvabilité des débiteurs.*

*En revanche, la variation de la provision pour débiteurs douteux entre 2018 et 2019 (+10,3 MCHF) s’explique par la comparaison à une année 2018 dont l’abattement pour juste valeur des débiteurs a été particulièrement faible (-6,6 MCHF).*

*D’une part, un travail de nettoyage des comptes a été réalisé afin d’épurer d’anciens dossiers ce qui a conduit à dissoudre une partie de la provision pour risque débiteurs devenue sans objet. D’autre part, 2018 est aussi l’année de mise en place des tiers payants qui a permis d’améliorer le recouvrement des patients et des assurances et par conséquent d’améliorer le taux de provision pour débiteur douteux. »*

plusieurs mois voire années des réponses légitimes et nécessaires à des patients. Si on n'arrive pas à avoir des postes en plus, on risque de devoir repousser encore des choses importantes pour les gens.

**Q (S) :** Il le remercie pour la gestion de crise, l'humanité et la transparence dans la communication à la population. **Où en êtes-vous sur la rénovation de la centrale d'appels d'urgence et ses premiers bilans, notamment sur l'explosion des consultations en médecine pénitentiaire ?** Sur les patients en attente de placement, on sait que **50% des lits en psychiatrie ne devraient pas l'être, qu'un tiers des personnes pourraient retourner à domicile et deux tiers se trouver dans des structures adaptées, il y a le même constat p. 42 du rapport** sur les patients en attente de placement ; il est dit que la solution serait un *case management spécifique* mis en place pour suivre ces situations. Que pensez-vous de ce problème chronique ? Est-ce que le service social des HUG peut être une réponse ? Les postes augmenteront-ils pour les travailleurs sociaux ? **R (M. Levrat) :** Une réponse écrite sur la médecine pénitentiaire a été envoyée aux membres de la commission<sup>2</sup>. **(Voir Annexe 2)** Le **144** a très bien tenu le choc avec des renforts importants et une activité durant le COVID de rappel à domicile de certaines personnes. Il y a eu plusieurs situations de gens qui sont décédés entre le moment où ils ont appelé l'ambulance et le moment où elle est arrivée. Il y a eu une gestion de stress importante pour les équipes du 144. Sur les attentes de placement, **le COVID a créé 200 places disponibles en EMS, la question de l'attente de placement en 2020 est donc considérablement changée**, même si c'est probablement pour un moment court au vu du problème endémique du nombre de places en EMS. M. Poggia et ses services ont permis aux HUG d'avoir de la place pour les soins aigus, en disant aux EMS qu'ils devaient prendre les cas avant qu'on émette les questions financières. **Un lit en EMS coûte moins cher qu'un lit en hôpital.** Il serait donc souhaitable que cela perdure à l'avenir. **Sur le service social des HUG, il n'y pas de diminution de postes**, mais comme pour

<sup>2</sup> Voir **Annexe** : Point 2 : « *Médecine pénitentiaire (page 34 du rapport de gestion : Concernant la hausse de l'activité ambulatoire en 2019 (+3'273 prises en charge par rapport à 2018), elle a concerné essentiellement l'activité infirmière à la prison de Champ-Dollon.*

*Les causes de cette hausse s'expliquent ainsi :*

1. *Une augmentation réelle de l'activité infirmière, notamment due à la mise en place d'une visite systématique et quotidienne des personnes placées en cellule forte ;*
2. *L'intensification des actions de dépistage pour maladies infectieuses ;*
3. *Une meilleure saisie des activités effectuées par les infirmiers, donc une meilleure visibilité sur des activités déjà existantes dans les années précédentes mais insuffisamment documentée. »*

l'hospice général, il y a des soucis de mission, de redevabilité, le social n'étant pas à géométrie variable en fonction des individus. C'est quelque chose de sérieux et de professionnel pour lequel on peut demander des comptes. Il n'y a donc **pas de diminution d'effectifs**, mais un souhait d'une efficacité et de redevabilité de la part des assistants sociaux des HUG.

**Q (MCG) : Pourquoi les jeunes locaux ne sont-ils pas intéressés à intégrer les HUG et dans le domaine des soins médicaux ?** Est-ce dû à un manque de campagne de promotion des HUG ? **R (M. Levrat) :** On n'a **aucun problème à engager localement et cela se fait massivement**. Ce sont le **dispositif de santé et la densité médico-soignante privée et publique forte** qui font qu'on n'a pas assez de professionnels par rapport aux besoins du système de santé. Ce n'est **pas un problème d'attractivité**. Les gens sont dans une logique normale de rester quelques années aux HUG puis de s'installer dans le privé. Pour le personnel infirmier, et la moyenne des collaborateurs HUG, 25% des gens ont plus de 20 ans de maison.

**Q (MCG) : Est-ce que Zurich, Berne et Bâle pratiquent cet engagement de gens qui ne résident pas sur le territoire ?** **R (M. Levrat) :** Oui, la Suisse alémanique avec l'Allemagne et le CHUV avec des filières canadiennes.

**Q (MCG) : De quelle manière la crise sanitaire aurait-elle été gérée si la France avait réquisitionné des aides-soignants des HUG ?** **R (M. Levrat) :** On aurait perdu 50% du personnel et beaucoup de personnes seraient décédées.

**Q (MCG) : Qu'en est-il du protocole, au niveau des masques, qui devait garantir que les cantons, les pharmaciens et la Confédération doivent avoir un certain stock de masques minimum ?** **R (M. Levrat) :** Ils n'ont jamais manqué de masques ni eu de pénurie d'approvisionnement. Il y a eu une filière d'approvisionnement qui est devenue tendue à un moment donné parce que le monde entier avait besoin des mêmes produits en même temps et personne n'avait anticipé cela à cette ampleur. L'armée leur a envoyé des stocks de masques pourris. Ce n'était pas forcément un bon résultat que d'avoir eu durablement des stocks. Ils travaillent avec le canton aujourd'hui pour voir dans quelle mesure ils pourraient disposer de stocks de masques.

**Q (Ve) :** Selon lui, le Conseil d'Etat et le Conseil fédéral ont été surpris par l'impréparation du système face à une épidémie qui était prévisible. **Comment aujourd'hui après la gestion cette crise estiment-ils pouvoir être mieux préparés pour une prochaine fois et quels sont les outils qu'ils mettent en place ?** **R (M. Levrat) :** Il est prématuré de répondre dans la mesure où les HUG sont encore en gestion de crise. A l'heure actuelle, on a encore 150 patients COVID au sein des HUG même si l'immense majorité d'entre eux ne sont plus contagieux. Il y a tout un processus d'apprentissage sur comment mieux se préparer. A l'inverse, ils ont prouvé qu'ils avaient une **adaptabilité** et une souplesse afin de répondre à une crise de manière effective.

**Q (Ve) :** Il est indiqué sur le rapport qu'il y a une progression de 22.4% concernant les **urgences pédiatriques**, est-ce en lien avec la croissance démographique ? **Ont-ils augmenté les collaborations avec le RPG ou avec les urgences des cliniques privées ?** Une étude est sortie sur une forte augmentation des jeunes au niveau des **urgences psychiques**. **Comment tout cela est-il géré, anticipé et quelles sont les collaborations avec les autres acteurs de Genève ?** **R (M. Levrat) :** C'est un sujet d'actualité et avec l'impulsion du magistrat, la création d'un **RUG<sup>3</sup>** est initiée et ils ont des discussions avec les cliniques privées pour **créer le même type de réseau au niveau pédiatrique**. En ce qui concerne la hausse, il faut se rappeler que près de 4500 enfants naissent chaque année sur le territoire genevois. Le COVID a fait chuter de manière dramatique les urgences pédiatriques, car les gens avaient peur de se rendre à l'hôpital. Un paradoxe de l'augmentation des urgences pédiatriques est qu'on a une **meilleure réputation** qu'il y a cinq ans parce qu'ils ont amélioré leur processus et il y a **moins d'attente**. Il y a donc une augmentation de la fréquentation des urgences. Le COVID est une illustration de comportements de parents sur quand est-ce qu'on amène son enfant ou pas.

**Q (S) :** On a vu dans cette crise l'implication des **infirmières** et les **soignantes** dont le travail quotidien est difficile et qui estiment pouvoir travailler dans de meilleures conditions. **Où en est-on sur la question de la revalorisation du travail de care ?** Comment se situent les HUG par rapport au besoin de reconnaissance ? **R (M. Levrat) :** Il est vrai que 100% du personnel a eu peur de mourir et de ramener le virus à la maison. Il y a eu un engagement personnel remarquable et une grande implication du personnel soignant. La **reconnaissance** qu'on veut donner au personnel est une vraie

---

<sup>3</sup> RUG : Réseau des Urgences genevoises.

question à se poser en tant que député, même si c'est un sujet compliqué. Cela concerne tout le personnel du service public qui s'est engagé. Il ne sait pas si la reconnaissance doit être financière ou symbolique, mais ce qui est sûr c'est que pour certains ce ne sera pas suffisant. Le sujet de la reconnaissance est une question légitime pour l'employeur-Etat pour des personnes qui ont fait fonctionner la société à un moment donné où elle en avait besoin. La majorité des gens estiment qu'ils ont fait leur devoir et ne sont pas nécessairement dans l'attente de quelque chose. En ce qui concerne la revalorisation pérenne du **personnel soignant** indépendamment du COVID, il pense qu'aujourd'hui le **personnel infirmier est correctement payé**. En revanche pour les ASSC, et en tant que directeur général, il pense qu'ils pourraient être **revalorisés**, au vu des responsabilités qu'on leur demande d'assumer, de l'investissement personnel que cela représente et du travail 24h/24 7j/7.

**Séance du 29 mai 2020 : Audition de M<sup>me</sup> Sandra Froidevaux, secrétaire syndicale, et de M<sup>me</sup> Sophie Grandi, technicienne en radiologie et représentante élue du personnel au conseil d'administration des HUG – SIT, ainsi que de M<sup>me</sup> Sabine Furrer et M. David Andenmatten, secrétaires syndicaux – SSP, et de M<sup>me</sup> Laurence Delpech et Nathalie Dupuis – SSP**

M<sup>me</sup> Furrer précise que les syndicats vont se concentrer sur les **conditions de travail du personnel**. Pour eux, le problème central aux HUG est le **manque de personnel soignant** c'est pour cela qu'une **pétition** en ce sens a été déposée. Pour que les conditions de travail soient bonnes, il faut du personnel soignant en plus. Il y a eu aux **urgences pédiatriques** une mobilisation de personnel, car les conditions de travail devenaient insupportables, il est indiqué que le **renforcement** a été de 10 postes ; or, 20 postes étaient nécessaires. Les efforts ne sont **pas encore suffisants**. Le taux d'absence est élevé, il est de 12%. Ils revendiquent aussi le renforcement des **pools de remplacement**. Le nombre de **poolistes** devrait être renforcé ce qui éviterait d'utiliser autant **d'intérimaires**.

Ils ont retenu la question de la **psychiatrie**, avec une augmentation du nombre de **patients sous mesures** et cela s'est ressenti sur le terrain avec une **augmentation des violences sur le personnel**. Il faut une meilleure **prévention de la violence**, car c'est une inquiétude du personnel soignant qui se trouve en sous-effectif. Ils souhaitent également attirer l'attention de la commission et c'est l'application de la loi sur le travail par rapport au **temps d'habillage**. Des discussions sont en cours, mais ce n'est pas résolu. Il y a aussi les **nettoyeurs**, dont une bonne partie n'est pas engagée par les HUG. Ils souhaitent que tous les postes de nettoyage soient **réinternalisés**. Une grande

partie des nettoyeurs ont un **taux non choisi de 50%** et ils revendiquent aussi des taux d'occupation plus élevés. **M. Andenmatten** précise que ce sont des postes occupés majoritairement par des **femmes** et dont les salaires sont insuffisants pour une famille.

**M<sup>me</sup> Furrer** : Ils ont retenu le *lean management* qui est intitulé « plus de temps pour les patients », mais dans les faits ce n'est pas du tout le cas. Selon **M<sup>me</sup> Delpech**, le *lean management* est une **façon de gérer le personnel et l'organisation du travail selon un amaigrissement**. Elle est émue, car elle vit cela et elle trouve douloureux qu'on leur demande **de faire mieux avec moins tout le temps**. C'est le système Toyota. Sur le livre<sup>4</sup> qui leur a été présenté au conseil d'administration, c'est une approche de lean management dans les unités de soins où le personnel est comparé à celui d'Amazon et où l'on dit qu'il s'agit de **faire des économies**, de faire faire des soins qui soient tellement standardisés qu'ils oublient que les soignants ont besoin d'avoir leur **propre rôle** dans les soins. A son avis, c'est une **approche économique délétère** qui fait que les soins doivent être en courbe pour être en compétition avec les autres établissements. Il y a aussi la difficulté des gens qui subissent cela, avec des **arrêts pour maladie** et des **pressions psychiques et psychologiques** sur l'intégration de faire toujours mieux et d'avoir des objectifs ce qui est contradictoire avec la prise en charge des patients. Ça a été mis en place depuis une année aux *Trois-Chêne*.

**M. Andenmatten** : Dans le contrat de prestations signé par les HUG, ils s'engagent à respecter les lois et le règlement concernant le personnel. Or, dans les faits, les HUG ne respectent pas la **loi sur le travail, le statut du personnel, le règlement concernant les heures supplémentaires et les accords signés concernant les plannings**. Il y a un mécontentement important de la part du personnel.

**M<sup>me</sup> Grandi** a constaté aux HUG une augmentation de l'activité, une complexification des soins et des interventions avec **des formations plus complètes et complexes**. Les **patients ont plus de comorbidités** et ils sont plus âgés. Depuis de nombreuses années, ils ont eu beaucoup de **plans de restrictions** ce qui fait que le personnel retraité ou malade n'a pas forcément été remplacé. Il faut toujours plus avec moins et à un moment donné il faut choisir entre la quantité et la qualité. Il faut assumer ces choix auprès de la population de la région, car un aide-soignant pour 8 patients aux urgences est une réalité. **Les sous-effectifs dans des endroits cruciaux ont pour**

---

<sup>4</sup> « *Plus de temps pour les patients : Une approche de lean management dans les unités de soins.* », D. Walker, M. Alkalay, M. Kämpfer, R. Roth et F. Fischer, publié par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

**conséquence l'épuisement du personnel.** On engage des **intérimaires** qui ne connaissent pas les lieux et protocoles et quand on arrive à une proportion où il y a une **moitié d'intérimaires pour un service, on en arrive à des problèmes de sécurité** vis-à-vis de la population et cela n'est pas acceptable dans un pays riche comme la Suisse. Cela peut devenir un problème de santé publique si on n'arrive pas à recruter pour assumer toutes ces fonctions. Le pendant d'attirer des professions dans ces lieux qui ne sont pas faciles c'est au niveau du salaire, des effectifs suffisants et d'une gestion proactive.

### *Questions des déput.e.s*

**Q (MCG) : Est-ce que les absences aux urgences pédiatriques (12% selon leurs propos) ne sont pas liées au fait que le personnel qui travaille dans les hôpitaux au contact de personnes malades tombe plus facilement malade ?** **R (M<sup>me</sup> Furrer) :** Non. Il y a un réel épuisement et les horaires du personnel changent du jour au lendemain. Ils font alors des heures supplémentaires, car ils doivent remplacer des absences, etc. **R (M<sup>me</sup> Grandi) :** Le taux d'absence a été à 10% post-COVID (hors maternité). Justement, parce qu'on est au contact de plus de pathologies, on est davantage immunisé que la population générale. Ce sont les conditions de travail qui sont à l'origine de cela.

**Q (PLR) :** Au cours de ses 30 années de travail aux HUG, il a constaté que le travail des infirmières s'était considérablement modifié avec une part de **travail administratif qui représente entre 25 et 30% de leur temps de travail. Faut-il une diminution des devoirs administratifs à leur strict minimum pour consacrer l'essentiel de leurs compétences et capacités aux soins aux patients ?** Le *lean management* dans le domaine de la santé a pour but d'être une action dont le bénéficiaire est le patient, qui doit veiller à ce que le patient ait la meilleure prestation et à ce qu'il soit le plus satisfait possible. Le *lean* ne consiste pas à mettre les infirmières sous stress, car elles doivent donner le meilleur soin aux patients mais avoir le temps nécessaire. Quand un malade quitte l'hôpital, le souvenir principal qu'il garde de son passage à l'hôpital est l'infirmier ou infirmière qui s'est occupé de lui. **Le lean n'a-t-il pas été détourné** ou le ressenti est-il différent de celui dans lequel il est destiné par ceux qui l'ont créé ? **(M<sup>me</sup> Delpech) :** Un livre<sup>5</sup> a été édité par les HUG à ce sujet et elle en lit quelques extraits. Le *lean*, c'est : « réduire la durée d'hospitalisation sans attendre que les patients y soient prêts et être systématique sur les durées de séjour, réduire la fréquence des prises de

---

<sup>5</sup> Voir notes de bas de page 4.

tension, diminuer la fréquence de réfection des pansements, augmenter la responsabilité des infirmières pour diminuer la présence des médecins, lutter contre le déséquilibre de la charge de travail sur la journée, intégrer la sous-traitance, intensifier le travail, ce qui avait déjà été effectif selon le **rapport du Conseil d'Etat entre 2012 et 2015**. » Selon les cinq conseillers, il s'agit de faire rapidement des économies et d'obtenir une bonne note qui augmenterait leur marge, car ils attireraient des patients avec des assurances complémentaires et les patients satisfaits engendreraient une amélioration économique. Le lean ne serait pas une approche visant à réduire les effectifs, mais un hôpital lean peut combler l'écart de la pénurie du personnel, diminuer les heures supplémentaires et alors le gain de productivité n'est que la cerise sur le gâteau. **R (PLR)** : Il s'agit d'une référence parmi d'autres et il désapprouve ces mesures. **R (M<sup>me</sup> Delpech)** : Les infirmières font effectivement du travail administratif pour les assurances, pour avoir des critères et être en concurrence. Il y a des mesures de fonctionnements des patients pour savoir si leur état s'est amélioré et elles font des tas d'échelles, notamment de satisfaction des patients, pour être en concurrence. Tout cela prend du temps.

**Q (PLR) : Durant la phase du COVID, l'ensemble de ces mesures administratives ont-elles été respectées et les patients en ont-ils pâti ? R (M<sup>me</sup> Delpech) :** Elles ont été pour la plupart été annulées.

**Q (S) : Quelle est leur appréciation du PL au niveau du personnel ?** Fait-il écho aux préoccupations du terrain ou passe-t-il à côté ? Des augmentations de postes ont été signifiées. Est-ce que la direction prise par les HUG va vers le mieux ? **R (M. Andenmatten)** : Ce rapport dit que les HUG font tout bien, malheureusement la réalité du terrain pour le personnel est différente. Il y a plus de 1 500 cadres aux HUG. Ils engagent de plus en plus de cadres qui ont plein d'assistants. Tout cela a pour conséquence de négliger le personnel sur le terrain. Il y a un **mal-être du personnel** très palpable et cela se ressent au niveau syndical. Il y a un **décalage entre le discours et les chiffres**. Certains services n'ont pas eu suffisamment de personnel. **R (M<sup>me</sup> Grandi)** : Ils courent derrière les politiques de ces dernières années pour essayer de boucher les trous. Mais de par la **complexification des soins** et le **vieillessement de la population**, le plateau ne fait qu'augmenter donc ils courent manière illusoire, car ils ne vont jamais le rattraper. L'usage **d'intérimaires** est bien pour dépanner mais ils ne doivent pas prendre les places nécessaires au bon fonctionnement de l'institution.

**Q (S) : Est-ce que les violences sont surtout situées en psychiatrie ou aussi dans d'autres services et est-ce lié au manque de personnel ? R (M. Andenmatten) :** Il y a des violences importantes des patients en psychiatrie principalement contre les infirmières. Ils ont pu en discuter avec M. Poggia et il y a des **problèmes de structures inadaptées**. Cela a été reconnu par la *ligue des droits de l'homme* et M. Poggia leur a donné son accord pour qu'ils puissent avancer dans ce sens. Il y a aussi un problème au niveau des cadres qui considèrent qu'il est normal qu'il y ait des violences à l'égard du personnel. Il y a eu des **viols** dans les unités de soins et ça a été caché. Les soignants n'en peuvent plus et ça doit être pris au sérieux. Il y a des problèmes de violences ailleurs, mais ce n'est pas la même chose. Une infirmière a été menacée récemment par la mère d'une patiente hospitalisée. Elle ne pouvait pas quitter son lieu de travail, car elle était attendue dehors par la mère de la patiente. **R (M<sup>me</sup> Delpech) :** La **psychiatrie** est une spécialité où on doit faire des **entretiens**, où on doit avoir des **projets avec les patients**. Il n'est **pas question de les enfermer**. Il faut faire des soins pour que les gens ne souffrent pas et s'ils souffrent, ils sont violents.

**Q (EAG) : Q1 :** Pendant longtemps il y avait une **sur-occupation à Belle-Idée**. Le rapport des HUG dit que des **collaborations** ont été établies avec l'**ambulatorio** pour travailler en aval. **Ont-ils l'impression que les moyens dispensés Belle-Idée sont insuffisants ? Est-ce que les collaborations avec l'ambulatorio sont efficaces pour permettre une diminution des hospitalisations ? Q2 :** Les auditionnés ont évoqués le terme de **toyotisme** puis le *lean management*, **peuvent-ils en dire plus sur ce que cela signifie au niveau de la gestion des HUG ? R1 (M<sup>me</sup> Delpech) :** Pour la **psychiatrie**, le fait qu'il y ait des **violences** prouve qu'il n'y a **pas suffisamment de soins**. Les **durées stationnaires sont plus longues** en particulier pour les personnes qui nécessiteraient des prises en charge extérieures sur le plan social, familial, etc. **R2 (M<sup>me</sup> Delpech) :** Concernant le lean, le projet a bénéficié d'argent et cet argent est aussi un phénomène qui fait que les collaborateurs et les cadres se disent qu'il faut continuer et qu'ils ne reviennent pas en arrière alors qu'ils voient qu'il y a des choses qui ne jouent pas. Le **lean management** c'est **découper les soins**, c'est-à-dire que si une infirmière fait les prises de sang plus rapidement, elle les fera pour tout le monde. Mais on perd tout, par exemple il faudra désormais faire les prises de sang à 5h du matin alors qu'on sait que les patients doivent dormir et c'est d'ailleurs ce qu'il se passe maintenant en gériatrie. Puis l'infirmière de nuit, auprès de laquelle les patients se plaignent de cela, doit transférer cela à

l'infirmière du matin. C'est l'idée de standardiser des soins, mais on perd de la connaissance en faisant cela. Le personnel soignant est en souffrance totale.

**Q (UDC) : Quel est votre avis sur les inégalités de traitement qui peuvent exister entre les soignants qui ont les mêmes cahiers des charges ainsi que sur les inégalités de traitement lié à la pénibilité de travail qui peut être accordée à certains collaborateurs et pas à d'autres ?**

Par rapport à la violence, un rapport suite à l'affaire Adeline a précisé que les soignants doivent intervenir au minimum à deux face à des patients sous mesures. En ce qui concerne les viols cachés qui ont pu avoir lieu, il demande dans quelle mesure c'est pénal de ne pas dénoncer ce genre de choses. **R (M. Andenmatten) :** Les soignants leur ont exprimé que dans une unité de soins, un patient avait violé une autre patiente et que ça a été mis sous silence, car ce sont des patients qui ont des problèmes psychiatriques et de leur point de vue, il y a un problème dans le sens où la loi doit être la même pour tout le monde. Ce problème a été dénoncé par les soignants mais mis sous cloche. A leur connaissance, les soignants sont toujours deux quand ils s'occupent de patients sous mesures, mais il n'y a parfois **pas suffisamment de personnel pour intervenir**. Concernant les **inégalités de traitement**, en général, les infirmières ont des spécialités qui sont reconnues et qui donnent droit à des classes supérieures, c'est le cas au bloc opératoire et aux soins intensifs. Parmi les aides-soignantes des blocs opératoires, il y a une inégalité de traitement, car à travail égal elles ont différentes classes de fonction, car les unes ont fini leur formation et les anciennes ne l'ont pas faite et sont deux classes en dessous. La loi est faite de telle manière qu'on ne peut pas y remédier facilement.

**Q (UDC) : Est-ce que la reconnaissance de la pénibilité existe et pour quels corps de métiers ?** **R (M<sup>me</sup> Grandi) :** Elle siège à la *sous-commission sur la pénibilité* qui s'est réunie une fois en décembre. Au niveau des techniciens de salle d'opération, ils ont été colloqués dans la même fonction que les infirmiers instrumentistes. La pénibilité s'adresse à tous les métiers jusqu'à la classe 15. Il y a la *liste éditée par l'OPE des professions* concernées et cela concerne toutes les professions de l'Etat et pas uniquement de l'hôpital. Elle ajoute que la pénibilité n'a pas été reconnue pour les **techniciens cardiaques**. **R (M<sup>me</sup> Delpech) :** En 2011, les aides-soignantes qui travaillent en gériatrie, lors de la revalorisation salariale, ont perdu la moitié de leur prime d'inconvénient de service alors que les autres professions l'ont gardée.

**Q (S) : Y a-t-il encore des discussions en cours pour une revalorisation salariale des ASSC ? Quel est le ratio personnel/hospitalisations aux HUG ?** **R (M<sup>me</sup> Furrer) :** La profession des ASSC est sous-évaluée depuis ses débuts, elles sont en classe 10. Les ASSC, qui se voient faire de plus en plus de tâches, sont largement en dessous. Ils ont demandé un rendez-vous avec les RH des HUG pour commencer à modifier les **cahiers des charges**, car ils sont actuellement **obsolètes**. **R (M<sup>me</sup> Grandi) :** Il y a une tendance dans certains services à vouloir proposer des postes d'infirmières à des ASSC et c'est un problème en termes de transfert de responsabilité. **R (M<sup>me</sup> Furrer) :** Les ASSC ne revendiquent pas de faire les tâches des infirmières, mais ce sont des décisions prises au **niveau fédéral**. Les tâches qu'elles font doivent être valorisées. **R (M<sup>me</sup> Delpech) :** Durant le COVID, les ASSC dans les services de réadaptation et dans les soins aigus ont pris leur part exactement comme des infirmières. La responsabilité et la qualité des soins devaient être identiques à celles des infirmières. **R (M<sup>me</sup> Grandi) :** Ils ont demandé à différents services des HUG le **ratio personnel/hospitalisations**, mais ils peinent à leur dire, on sait néanmoins qu'il est largement **en dessous de ce qui est recommandé**. Il est différent pour chaque service, car il dépend de la patientèle.

**Q (S) : Comment en arrive-t-on à une telle situation qui s'est détériorée ?** Il demande si ce sont les hauts cadres, les politiques qui sont inefficaces, la LAMal. Si le lean management consiste à privilégier le patient et pas le soignant, alors, au nom de cela, on peut tout exiger du soignant. **Par où empoigner le problème en priorité ?** **R (M. Andenmatten) :** Il a cité plusieurs problèmes réels. Il faut donner **plus la parole au personnel** qui a de bonnes idées et que tout ne doit pas être décidé d'en haut. Il est pour un management plus humain et avec le même budget on pourrait faire autrement.

**Q (PLR) :** Le **binôme soignant-patient** est crucial. Il faut que les deux soient heureux et il faut soutenir le personnel soignant afin qu'il puisse écouter et soigner le malade correctement. **R (M<sup>me</sup> Delpech) :** Quelqu'un qui va rester en stationnaire pour sauver sa jambe va surement beaucoup moins rapporter que si on la lui coupe et c'est ce genre de choses qu'il faut **prendre en compte dans les forfaits par cas**. C'est une façon de vouloir tout financer et vendre pour **être en concurrence avec les autres**. Les **cliniques privées** ouvrent leurs portes aux patients pour une prothèse de hanche qui va être tellement bien que le patient va sortir au bout de 5 jours alors que **l'hôpital** va être obligé de prendre une personne qui sera plus âgée et qui va rester plus longtemps.

**Q (Ve) :** Par rapport à toutes ces difficultés témoignées, elle a l'impression que celles qui prévalent sont **la question de la gouvernance et du management, le vieillissement de la population et la pénibilité**, la communication entre le personnel du terrain et les dirigeants. **Est-ce que l'addition de ces éléments fait que la situation s'empire ?** Quelle est la problématique du **temps d'habillage** ? **R (M<sup>me</sup> Furrer) :** C'est le temps que le personnel met pour **mettre ses habits de travail** et ça devrait être considéré comme du **temps de travail** or actuellement, les gens viennent 10 ou 15 min plus tôt pour être prêts. La **loi sur le travail** a précisé les choses et ce temps-là doit être comptabilisé comme du temps de travail. Dans certains endroits, c'est jusqu'à 30 min par jour. Il y a un **frein du côté des hôpitaux**, car il y a des **enjeux financiers** et actuellement sur ce point-là, la loi sur le travail est violée aux HUG. Des discussions ont commencé avec les HUG et des vestiaires ont été déplacés, mais ça ne résoudra pas tout. **R (M<sup>me</sup> Grandi) :** Pour elle, c'est 30 min de son temps de travail. **R (M<sup>me</sup> Delpech) :** Chaque année, ça s'empire. Mais chaque année on demande à ce que les objectifs soient dépassés. Dans les évaluations du personnel, on ne leur demande pas d'être bons mais s'ils ont la capacité d'être meilleurs avec la même qualité.

### **Discussion interne et prise de position**

**(PLR) :** Son parti propose de voter le rapport aujourd'hui. Sur le fond, la présentation de ce rapport est bien documentée donc il s'agit pour eux non pas de dire qu'ils sont d'accord ou pas, mais de s'assurer que les informations permettent de comprendre comment les HUG ont été gérés en termes d'activité clinique. Ils proposent de l'adopter et **les éléments qui resteront critiques doivent figurer au rapport** mais ne doivent pas différer l'adoption de ce rapport.

**(EAG) :** On revient toujours sur la même problématique. Est-ce qu'on donne un blanc-seing à la manière dont les choses sont présentées et est-ce que les informations sont suffisantes pour se faire une idée de la gestion des établissements ? Elle pense qu'on doit entendre ce que dit le personnel, il y a le **revers de la médaille**. Il ne s'agit pas de sous-estimer ou de mésestimer le travail fait par les HUG, mais il y a une réalité qu'il est nécessaire de prendre en compte. Il s'agit de dire ce que révèle la gestion des HUG ; or **un tableau est dressé par le conseil d'administration et la direction des HUG et un autre de la part du personnel**. Elle a de la peine à accommoder ces deux images. Elle est sur une **position de refus** afin que les éléments dont on entend parler depuis des années soient **pris en compte**.

**(PDC) :** Le PDC votera le rapport de gestion des HUG parce qu'on a la preuve cette année que les HUG ont parfaitement réussi leur test de stress et ce

n'est pas le moment de critiquer leur fonctionnement. Ils voteront les rapports des HUG et de l'IMAD.

**(MCG) :** Ils ont entendu les syndicats, mais pas le personnel et il a presque eu peur suite à la manière dont ils ont dépeint la situation. Il faut une réflexion pour diminuer la **problématique de l'absence** qu'on retrouve dans d'autres départements de l'Etat. Le groupe MCG soutiendra ces deux PL.

**(S) :** Le PS soutiendra ce PL. Ils ont de **nombreuses réserves. La voix du terrain via les syndicats est en discordance avec les rapports de gestion et la voix du magistrat.** Il y a des choses qui semblent ne pas évoluer de manière chronique ce qui laisse croire que des **mesures sont euphémisées** dans ces rapports de gestion. Ils gardent la liberté d'arriver avec d'autres propositions.

**(Ve) :** Les Verts soutiendront ces deux PL avec des **réserves** suite aux auditions du jour. Elle constate la **récurrence du manque de personnel soignant**, du discours sur les **conditions de travail** et la **santé du personnel** et la difficile conciliation des vies privée et professionnelle. Aujourd'hui il faudrait que dans ces rapports de gestion, il y ait une **meilleure explication de la gouvernance, de la communication avec les partenaires sociaux et une prise en considération du vieillissement de la population et des comorbidités**. Si on pouvait entendre l'année prochaine des améliorations sur le terrain, ce serait idéal. Ils attendent mieux pour l'année prochaine.

**(UDC) :** L'UDC soutiendra ces deux rapports et joint ses félicitations au travail effectué par les collaborateurs des HUG et de l'IMAD durant cette période difficile. Il y a des problèmes résiduels et il appartient au législateur d'amener des projets pour essayer d'améliorer et d'ouvrir les débats qui touchent ces sujets-là et c'est ce que fera l'UDC.

## Votes

Le président met aux voix **l'entrée en matière PL 12672** :

L'entrée en matière du PL 12672 est acceptée par 14 OUI (4 PLR, 3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 PDC, 1 UDC, 1 EAG, 0 NON et 0 abstention).

### 2<sup>e</sup> débat

Titre et préambule : pas d'opposition, adopté

Le président met aux voix l'article unique du PL 12672 :

L'article unique du PL 12672 est accepté par 12 OUI (4 PLR, 2 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 PDC, 1 UDC), 2 NON (1 EAG, 1 S) et 0 abstention.

### 3<sup>e</sup> débat

Le président met aux voix le PL 12672 dans son ensemble :

Le PL 12672 est accepté par 12 OUI (4 PLR, 2 S, 2 Ve, 1 PDC, 1 UDC, 2 MCG), 2 NON (1 EAG, 1 S) et 0 abstention.

## Conclusion

Mesdames et Messieurs les député.e.s, la majorité de la commission de la santé vous recommande **d'accepter le projet de loi du Conseil d'Etat** approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2019. Les **comptes sont à l'équilibre**, mais il semble évident que ce rapport 2019 empiète sur l'année 2020 au vu du contexte actuel de la crise sanitaire. D'ailleurs, de nombreuses questions des député.e.s ont été influencées et orientées par ce contexte. Bien que certain.e.s député.e.s ont émis des réserves et des **critiques** qui ont été discutées lors des séances de travail, ils.elles ont préféré tout de même, et aussi en raison de la **crise sanitaire** subie ces derniers mois, adopter le projet de loi en attendant fermement des améliorations sur certains aspects. Les **problématiques** qui subsistent sont les suivantes :

- La gestion et l'anticipation d'une éventuelle **2<sup>e</sup> vague** par les HUG.
- **Psychiatrie** : La gestion des personnes sous mesures avec décisions judiciaires et celles des personnes sur décisions médicales ; ainsi que le manque de structures en aval pour éviter les hospitalisations et permettre notamment des semi-libertés.
- **Psychiatrie** : La récurrence du manque d'infrastructures intermédiaires et de structures en amont ; une vision cantonale de la psychiatrie.

- Les difficultés liées au recrutement du personnel et à leur adéquation dans les unités de soins avec notamment la question de la régularisation des **intérimaires**, mais aussi les questions sur la formation et la reconnaissance des ASSC ainsi que celle de tout le personnel soignant.
- **Les conditions de travail du personnel soignant et le « lean » management.**
- La prise en considération de la **promotion et de la prévention de la santé**, aussi en lien avec la crise COVID.

Les membres de la commission saluent les **améliorations** suivantes :

- La bonne gestion de la **crise de la COVID** par les HUG et les collaborations et synergies mises en place avec les cliniques privées et les autres cantons.
- L'amélioration du service des urgences et l'inauguration de la nouvelle centrale **144**.
- L'anticipation du **vieillissement de la population** et les prises en charge y afférentes en lien avec les comorbidités, les maladies chroniques et les accompagnements plus lourds et lents,...
- Psychiatrie : L'amélioration par des réformes sur l'organisation de la psychiatrie, notamment sur l'ambulatoire, à travers des CAPI ou encore des unités mobiles de psychiatrie.

*Annexe:*

*Lt Levrat du 29 mai 2020 : Réponse aux questions de la commission suite à l'audition du 22 mai 2020.*

## **Projet de loi (12672-A)**

### **approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2019**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,  
vu l'article 60 de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013 ;  
vu l'article 7, lettre f, de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 ;  
vu l'article 20 du règlement sur l'établissement des états financiers, du 10 décembre 2014 ;  
vu le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2019 ;  
vu la décision du conseil d'administration des Hôpitaux universitaires de Genève du 30 mars 2020,  
décrète ce qui suit :

#### **Article unique Rapport de gestion**

Le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2019 est approuvé.



Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4  
CH – 1211 Genève 14

GRAND CONSEIL  
Commission de la santé  
Monsieur  
Pierre NICOLLIER, président  
Rue de l'Hôtel-de-Ville 2  
Case postale 3970  
1211 GENEVE 3

Genève, le 30 mai 2020

Direction générale

N/réf : BL / alc

### Objet

Examen du Rapport de gestion 2019 – questions complémentaires

Monsieur le Président,  
Cher Monsieur,

Je fais suite aux questions complémentaires que vous nous avez posées lors de notre audition le 22 mai 2020 dans le cadre de l'examen du Rapport de gestion 2019 des HUG, et vous prie de trouver ci-après les éléments de réponse des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

#### 1. Provision pour débiteurs douteux

Le taux réel de provision pour débiteur s'élève à 1.1% en 2018 et à 1.3% en 2019. Si le montant de la provision en CHF (valeur absolue) a légèrement augmenté en 2019, la provision pour débiteurs douteux demeure dans la norme sans dégradation notable de la solvabilité des débiteurs.

En revanche, la variation de la provision pour débiteurs douteux entre 2018 et 2019 (+10.3 MCHF) s'explique par la comparaison à une année 2018 dont l'abattement pour juste valeur des débiteurs a été particulièrement faible (-6.6 MCHF).

D'une part, un travail de nettoyage des comptes a été réalisé afin d'épurer d'anciens dossiers ce qui a conduit à dissoudre une partie de la provision pour risque débiteurs devenue sans objet. D'autre part, 2018 est aussi l'année de mise en place des tiers payants qui a permis d'améliorer le recouvrement des patients et des assurances et par conséquent d'améliorer le taux de provision pour débiteur douteux.

#### 2. Médecine pénitentiaire (page 34 du rapport de gestion)

Concernant la hausse de l'activité ambulatoire en 2019 (+3'273 prises en charge par rapport à 2018), elle a concerné essentiellement l'activité infirmière à la prison de Champ-Dollon.

Les causes de cette hausse s'expliquent ainsi :

1. une augmentation réelle de l'activité infirmière, notamment due à la mise en place d'une visite systématique et quotidienne des personnes placées en cellule forte ;
2. l'intensification des actions de dépistage pour maladies infectieuses ;

3. une meilleure saisie des activités effectuées par les infirmiers, donc une meilleure visibilité sur des activités déjà existantes dans les années précédentes mais insuffisamment documentée.

Vous souhaitant bonne réception de la présente, et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de croire, Monsieur le Président, cher Monsieur, en l'assurance de mes sentiments distingués.

*Avec mes meilleurs vœux,*



Bertrand Levrat  
Directeur général

Copie

M. François Canonica, président du Conseil d'administration HUG

*Date de dépôt : 30 juillet 2020*

## RAPPORT DE LA MINORITÉ

### **Rapport de M<sup>me</sup> Jocelyne Haller**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Nous voilà une fois de plus confrontés à la question de l'approbation d'un rapport de gestion ; celui des HUG en l'occurrence. Comme à l'accoutumée les membres de la commission de la santé ont été invités à approuver sans délai ce rapport sur la base d'un bref exposé des motifs, du rapport d'activité de cette institution et de l'audition de ses représentants. Toute posture critique à cet égard tendant à être considérée comme une remise en question de l'établissement et de son personnel, voire dans la situation post-Covid19 comme une manifestation d'ingratitude à l'égard du personnel soignant et des HUG.

Il faut souligner que dans ce contexte particulier l'audition du personnel, qui généralement suscite de fortes objections de la part de la majorité habituelle de la commission, n'a en l'espèce pas suscité de contestation. Celle-ci fut édifiante, à des lieues du panorama « globalement positif » dressé par les documents et propos présentés aux commissaires.

#### **« Applaudir ne suffit pas »**

Nombreux sont ceux qui ont relevé qu'il ne suffisait pas d'exprimer des marques de reconnaissance si elles n'étaient pas assorties de manifestations concrètes de prises en considération des nécessités auxquelles sont soumises les personnes, les métiers mobilisés en première ligne dans la lutte contre la Covid19 et la couverture des divers besoins de la population.

A l'évidence, la minorité de la commission remercie tous les acteurs qui nous ont permis de traverser cette crise dans les meilleures conditions possibles. Ceci avec une dédicace particulière pour le personnel soignant dans son ensemble, et plus précisément pour le personnel des HUG. Cependant, cette gratitude, sincère, ne peut, ne doit pas occulter les difficultés concrètes auxquelles a été confronté le personnel des HUG avant et pendant la crise de

la Covid19. Sachant par ailleurs que notre attention est en l'état requise uniquement sur l'exercice 2019.

Enfin pour éviter toute méprise, ce rapport de minorité ne met pas en doute la gestion financière des HUG. Il serait bien en peine de le faire et là n'est pas son mandat ; pas plus qu'il n'entend incriminer d'une quelconque manière l'engagement et le dévouement de ses collaborateurs et de ses cadres. La minorité a pleinement conscience de la complexité et de l'immensité de la tâche qu'implique la gestion des HUG. Cette ampleur ne justifie cependant pas de renoncer à questionner les options institutionnelles et politiques sur lesquelles elle repose.

Des choix conditionnés tant par les acteurs politiques fédéraux et cantonaux – nos groupes politiques en l'occurrence – que par les politiques d'austérité défendues par certains d'entre eux, par la prégnance du lobby des assurances maladie, les appétences des cliniques privées et évidemment l'évolution de la population, de ses caractéristiques et de ses besoins grandissants.

Ainsi, comment ne pas s'étonner alors que le personnel fait état de constants déficits de personnel, que les HUG ont été soumis à de successifs drastiques plans d'économie, que ceux-ci terminent l'exercice quadriennal avec un bénéfice de 17,3 millions, quand bien même l'année 2019 s'est révélée déficitaire à hauteur d'environ 1,5 million. Voilà un excédent qui aurait sans doute permis d'améliorer les conditions de travail des collaborateurs et de pallier à tout le moins les manques les plus criants de personnel.

Il ne s'agit pas de sous-estimer ou de mésestimer le travail fait par les HUG, mais il y a une réalité qu'il est nécessaire de prendre en compte. Nous sommes confrontés à une nécessaire tentative « d'accommodation » de deux images discordantes pour tenter de mieux cerner la réalité des HUG : l'image rendue par la direction et le conseil d'administration et celle présentée par les représentants du personnel.

A ce propos, des commissaires – bien qu'ils aient approuvé ce rapport de gestion – relevaient : « *La voix du terrain est en discordance avec les rapports de gestion et la voix du magistrat... Il y a quelque chose de troublant de voir ces discordances et écarts abyssaux.* », d'autres remarquaient encore : « *la récurrence du manque de personnel soignant, du discours sur les conditions de travail et la santé du personnel et la difficile conciliation des vies privée et professionnelle.* » Autant de constats, de doléances qui année après année ne trouvent pas d'échos et sont sacrifiées sur l'autel des plans d'économies.

## **Un terrain particulièrement complexe**

Cela étant, on ne peut aborder ce rapport de gestion sans prendre en considération une réalité de terrain particulièrement ardue. Pour s'en convaincre, il suffit de se référer à quelques-unes de ses caractéristiques énoncées par le directeur des HUG

*« Depuis 2015, les HUG font face à une dégradation de leur marge. Ils sont ainsi fragilisés dans leur capacité à investir par leurs propres moyens. Ce résultat est lié aux tarifs qui n'évoluent pas suffisamment et aux charges croissantes dans un environnement où l'exigence qualitative ne cesse d'augmenter.*

*L'année 2019 marque la fin d'un contrat de prestations dans un environnement médico-économique très tendu. D'un côté, les pressions sur le financement hospitalier se poursuivent avec les réformes tarifaires fédérales restrictives et des charges contraignantes persistantes.*

*La prise en charge du patient change également avec le vieillissement de la population, et l'augmentation importante des maladies chroniques. Le patient nécessite une approche de plus en plus pluridisciplinaire et holistique. »*

Autant d'entraves auxquelles s'ajoutent les contraintes liées aux dispositions de plus en plus restrictives de la LAMal, un niveau de compétences et de technicité de plus en plus pointu exigé pour tous, la concurrence effrénée avec d'autres établissements hospitaliers privés qui se posent en modèles de gestion alors qu'ils ne sont soumis ni aux mêmes obligations d'admettre ni aux mêmes principes de correction en matière de rémunération du personnel.

## **Le personnel au cœur du Malströem**

M. Levrat relève pour sa part qu'une part des difficultés auxquelles sont confrontés les HUG sont liées au recrutement de personnel, à l'adéquation de ce dernier dans les unités de soins. Il annonce – cela était attendu de longue date – qu'une réflexion est en cours sur la perspective d'une régularisation d'intérimaires. Ceux-ci dont un certain nombre sont employés de manière régulière depuis des années ont démontré durant la crise du Covid-19 leur nécessité pour le fonctionnement de l'institution. M. Levrat est conscient que le recours systématique et constant au personnel intérimaire n'est ni pertinent en termes de fonctionnement ni judicieux sur le plan financier. Il lui semble donc important de changer le mode de gestion des absences en renforçant plus encore le pool de remplacement et de stabiliser dans les effectifs des HUG un certain nombre de postes jusqu'ici recrutés en intérimaires. Cela lui apparaît

important pour la sécurité des patients, la prise en charge des soins et pour le bien être des équipes qui s'épuisent à faire face à la rotation des intérimaires. Par ailleurs, M. Levrat avoue être mal à l'aise face à des situations de travailleurs précaires qui se trouvent sous contrats d'intérimaires depuis 5 à 7 ans alors que ces postes sont dûment nécessaires pour compléter les effectifs des HUG. Il se prépare donc à revenir devant la commission des finances pour faire valoir cette nécessité pour le bouclage 2020.

M. Levrat indique qu'ils ont augmenté le pool de remplacement pour répondre aux besoins, mais que cela n'a pas eu un effet marquant. Les diverses interprétations de la règle de remplacements ont continué à alimenter un recours excessif aux intérimaires. Ceci en dépit de la volonté affirmée lors de l'examen du rapport de gestion des HUG pour l'exercice 2018 et tout le travail accompli en 2019 pour tenter de réduire le recours aux intérimaires. M. Levrat signale que les HUG dépensent presque 60 millions par année en intérimaires.

Pour leur part les représentants du personnel font valoir que le problème central est le manque de personnel soignant. Ils ont à ce propos déjà déposé une pétition. Ils évoquent la problématique des urgences pédiatriques qui ont fait l'objet d'une importante médiatisation. A leurs yeux le fonctionnement de l'unité nécessitait 20 postes, or seuls 10 ont été créés au terme de la mobilisation. Ils relèvent encore le taux d'absence élevé de 12% et le perçoivent, comme il se doit, comme un signal d'alarme sur l'état de détresse d'une partie du personnel. Ils aspirent eux aussi à un renforcement du pool de remplacement pour éviter les recours massifs aux intérimaires non seulement dispendieux mais générateurs de surcharge pour le personnel des unités qui les accueillent et doivent les guider dans leur intégration. Ils illustrent ceci par le fait que l'on engage des intérimaires qui ne connaissent ni les lieux ni les protocoles d'intervention, ce qui devient particulièrement problématique lorsque l'on parvient, comme cela est advenu dans un certain nombre de cas, à une proportion de 50% d'intérimaires pour un service. Ce qui ne manque pas de poser divers problèmes, notamment de sécurité.

Les représentants du personnel relèvent eux aussi aux HUG une augmentation de l'activité, une complexification des soins et des interventions nécessitant des formations plus complètes et plus complexes. Le personnel retraité ou malade n'a pas forcément été remplacé. Le personnel est soumis à l'injonction de « faire toujours plus avec moins ». Or, il constate depuis des années que cela ne peut se faire sans attenter à la qualité des prestations. Pour les représentants du personnel, il s'impose de dissiper toute équivoque à cet égard et assumer ce choix auprès de la population. *« Avoir un aide-soignant pour 8 patients aux urgences est une réalité. Les sous-effectifs dans des*

*endroits cruciaux ont pour conséquence l'épuisement du personnel* » et la dégradation de la qualité des prestations.

Sur un autre aspect des conditions de travail, ils soulèvent la question de la sécurité au travail et des violences. Ils évoquent le domaine de la psychiatrie dont l'augmentation du nombre de patients sous mesures est problématique et nécessiterait des effectifs en adéquation avec la complexité de leurs pathologies. Ils soulignent les inquiétudes du personnel soignant qui se trouve en sous-effectif et ne peut répondre à l'impératif d'intervenir systématiquement à deux professionnels face à ce type de situations. Ils signalent qu'il y a eu des violences importantes de patients en psychiatrie, principalement contre les infirmières, mais aussi entre patients. Cela a fait l'objet de discussion avec M. Poggia. La question des structures inadaptées, fait également reconnu par la ligue des droits de l'homme, y a été abordée. Un autre problème consiste encore en la banalisation par certains cadres des violences à l'égard du personnel. Enfin, des viols ont eu lieu dans les unités de soins et cela a été occulté. Ce qui est sans doute la pire manière de traiter des situations de cette gravité. Les représentants du personnel tirent la sonnette d'alarme sur le fait que les soignants n'en peuvent plus et que cet épuisement doit être pris au sérieux. Il est relevé que les problèmes de violences se posent aussi dans d'autres secteurs, mais ne présentent pas la même acuité.

Ils viennent ensuite sur un autre élément qui à leurs yeux mérite l'attention de la commission. Il s'agit d'un défaut de l'application de la loi sur le travail pour ce qui concerne le temps d'habillage. Des discussions sont en cours, mais pour l'heure aucun accord n'est intervenu en la matière. Pourtant, la loi sur le travail précise que ce temps doit être comptabilisé comme du temps de travail.

Pour ce qui regarde le personnel de nettoyage, une part importante des activités sont sous-traitées. Les représentants du personnel demandent que tous les postes de nettoyage soient réinternalisés. Ce qui outre une égalité de traitement permettrait notamment au personnel concerné d'avoir des taux de travail supérieur au taux actuellement imposé de 50%, qui les contraint à une grande précarité. On parle là de postes occupés majoritairement par des femmes dont les salaires sont insuffisants pour couvrir tous les besoins d'une famille.

### **Le « lean management »**

Les représentants du personnel font ensuite référence au nouveau modèle de gestion adopté par les HUG à propos duquel ils expriment de graves réserves. Précisons préalablement que si l'on se réfère à sa définition, ce concept – mis en pratique par une série de grandes entreprises : Toyota, pour

n'en citer qu'une – se définit ainsi : « *Le Lean Management est un système de management et une logique d'organisation visant à créer de la valeur pour les clients, supprimer les tâches sans valeur ajoutée, les gaspillages et mobiliser les équipes autour d'un projet partagé...* ».

Si l'on peut retenir la notion de création de valeur pour les clients, en l'occurrence les patients, on reste plus emprunté lorsqu'il est question de supprimer les tâches sans valeur ajoutée, les gaspillages, etc. ; ceci à plus forte raison dans une institution qui a investi des sommes colossales depuis des années dans de nombreux plans d'économies. N'est-ce pas ainsi que l'on a réduit dans la plupart des domaines médico-sociaux la part réservée au contact, à la relation avec les patients, les usagers. Si cette dernière n'est pas apparue comme rentable aux gestionnaires, sa réduction drastique, voire sa disparition a considérablement et durablement affecté la qualité des prestations dans ce domaine. Ce qui explique peut-être la circonspection avec laquelle le personnel aborde ce nouveau mode de gestion.

Une des représentantes du personnel, se référant à la brochure y relative éditée par les HUG fait part de sa déception à l'épreuve de ce nouveau mode de gestion. Elle trouve « douloureux » qu'on leur demande de faire mieux avec moins tout le temps ; c'est l'application du « modèle Toyota » dit-elle. A propos du livre qui leur a été présenté, elle déclare « *qu'il évoque une approche de lean management dans les unités de soins où le personnel est comparé à celui d'Amazon et où l'on dit qu'il s'agit de faire des économies, de faire faire des soins qui soient tellement standardisés qu'ils oublient que les soignants ont besoin d'avoir leur propre rôle dans les soins et cela délétère les soins et les conditions de travail* ».

Elle souligne que le personnel vit mal le déploiement de ce mode de gestion qui privilégie la compétitivité avec les autres établissements au détriment de soins. Elle ajoute que c'est un facteur supplémentaire de tensions et d'incidences négatives sur la santé du personnel. Notamment en raison des pressions psychiques et psychologiques sur la nécessité de devoir faire toujours mieux et d'avoir des objectifs en contradiction avec les nécessités de la prise en charge des patients. Elle indique que le « lean mangment » a été mis en place depuis une année aux Trois-Chêne. Elle considère que cela s'est révélé préjudiciable pour les soignants.

Un commissaire, acteur reconnu dans le domaine de la santé, constate « *que le travail des infirmières s'était considérablement modifié avec une part de travail administratif qui représente entre 25 et 30% de leur temps de travail. Il demande s'il ne faut pas une diminution des devoirs administratifs à leur strict minimum pour consacrer l'essentiel de leurs compétences et capacités aux soins aux patients* ». Il considère que le « *lean management dans le*

*domaine de la santé a pour but d'être une action dont le bénéficiaire est le patient, qui doit veiller à ce que le patient ait la meilleure prestation et à ce qu'il soit le plus satisfait possible. Le lean ne consiste pas à mettre les infirmières sous stress et elles ne doivent justement pas être sous stress pour donner le meilleur soin aux patients mais avoir le temps nécessaire... Il demande si le lean n'a pas été détourné ou si le sens dans lequel il est ressenti est différent de celui dans lequel il est destiné par ceux qui l'ont créé. »*

La syndicaliste qui s'était exprimée à ce propos signale que les HUG ont édité un texte qui vise à faire référence en la matière pour le personnel. Les extraits qu'elle en lit sont édifiants. Ils se résument en l'espère à « *réduire la durée d'hospitalisation sans attendre que les patients y soient prêts et d'être systématique sur les durées de séjour, réduire la fréquence des prises de tension, diminuer la fréquence de réfection des pansements, augmenter la responsabilité des infirmières pour diminuer la présence des médecins, lutter contre le déséquilibre de la charge de travail sur la journée, intégrer la sous-traitance, intensifier le travail... il s'agit de faire rapidement des économies et obtenir une bonne note qui augmenteraient leur marge, car ils attireraient des patients avec des assurances complémentaires et les patients satisfaits engendreraient une amélioration économique. Le lean ne serait pas une approche visant à réduire les effectifs, mais un hôpital lean peut combler l'écart de la pénurie du personnel, diminuer les heures supplémentaires ».*

Toujours sur ce même sujet, elle souligne que le fait que le projet lean management ait bénéficié d'un investissement financier amène certains cadre et collaborateurs à penser qu'il faut aller de l'avant même s'ils constatent les défauts du système.

Un autre représentant du personnel relève que la réalité du terrain est bien éloignée de la vision que donne le rapport d'activité. Il met en évidence une autre problématique qui est celle d'un taux d'encadrement très élevé : plus de 1500 cadres avec un lot conséquent d'assistants. Une situation qui favorise la verticalisation des prises de décisions et du fonctionnement des services. Il en découle selon sa perception un mal-être du personnel très palpable. Il constate un fort décalage entre le discours et les chiffres.

Pour conclure ce tableau alarmant, une syndicaliste soulève le problème du seuil inférieur de limite du taux d'occupation des infirmières. Celui-ci ne peut se situer en deçà de 80% ; or, elle constate que certaines infirmières seraient prêtes à rester si elles pouvaient abaisser leur taux d'activité et qu'il serait subséquemment plus aisé d'en recruter. Elle évoque aussi la demande d'un jour fixe de congé qui permettrait de mieux concilier vie privée et vie professionnelle pour terminer sur le constat que s'il y avait suffisamment de personnel, cela éviterait les changements intempestifs de plannings.

Enfin, la question de la revalorisation salariale est mentionnée comme un élément susceptible de rendre les métiers de la santé plus attractifs. A cet égard, la profession des assistants en soins et santé communautaire (ASSC) est citée comme sous-évaluée depuis ses débuts. Des démarches sont prévues pour modifier les cahiers des charges, car ils sont actuellement obsolètes. Il est d'autant plus nécessaire de clarifier leur mission, car on constate une tendance dans certains services à vouloir proposer des postes d'infirmières à des ASSC ce qui est problématique en termes de champs de compétences et de responsabilités.

En guise de conclusion, les représentants du personnel relèvent que le personnel connaît bien le terrain et qu'il est expert dans ses métiers. Dès lors, il serait opportun d'être plus à l'écoute de ce dernier, qui peut formuler des propositions qui ont du sens et qui ne seraient sans doute pas plus coûteuses.

Aussi, parce que le rapport de gestion des HUG qui nous est soumis pour approbation fait l'impasse sur la réalité décrite par les représentants du personnel, parce que la politique de l'autruche n'a jamais été un modèle pertinent, parce que, en tant qu'entité politique qui alloue une part importante des ressources des HUG, nous sommes responsables d'une part des difficultés auxquelles ils sont confrontés, et enfin parce que nous estimons que compte tenu de ce qu'il y a à voir nous ne circulerons pas, la minorité vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à refuser de voter le rapport de gestion des HUG tant qu'une vision aussi superficielle de leur réalité nous sera donnée et qu'aucune piste concrète de remédiation de ces problèmes récurrents ne nous sera pas proposée.