

Date de dépôt : 30 mai 2018

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 2017

Rapport de majorité de M. Pierre Conne (page 1)

Rapport de minorité de M^{me} Jocelyne Haller (page 25)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Pierre Conne

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé a consacré sa séance du vendredi 18 mai 2018 au traitement de cet objet, sous la présidence de M. Bertrand Buchs.

Le conseiller d'Etat chargé du DEAS, M. Mauro Poggia, et le directeur de la DGS, M. Adrien Bron, ont assisté à la séance.

Le procès-verbaliste était M. Sébastien Pasche.

Présentation du rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2017 par les représentants des HUG :

- *François Canonica, président du conseil d'administration ;*
- *Bertrand Levrat, directeur général ;*
- *Bernard Davat, adjoint de direction à la direction des finances.*

M. Canonica remercie la commission et indique en premier lieu qu'il trouve du plaisir à dire aux députés, notamment aux nouveaux, que M. Levrat

et lui-même ont invité, avant les élections, les différents candidats pour qu'ils puissent constater ce qu'étaient les HUG. Il souligne qu'il a plaisir à réitérer cette invitation auprès des commissaires de la commission de la santé : ils sont les bienvenus aux HUG durant toute la législature et les HUG sont prêts à leur montrer leurs dossiers, leurs départements, leurs problèmes – ainsi que leurs réussites – de façon transparente.

M. Levrat précise qu'il a envoyé à la commission une présentation sur l'ensemble des activités et des comptes (annexe), mais qu'il désire avant tout parler des sujets marquants de l'année 2017. Il évoque notamment la mise en exploitation du bâtiment Gustave Julliard et l'étape 3 de la Maternité. Il souligne qu'il s'agit en premier lieu de la mise en service d'un bâtiment qui permet désormais une prise en charge adéquate et surtout, pour les patients, de passer de chambres à 8 lits à des chambres à 2 lits, avec des toilettes au sein de la chambre, ce qui n'était pas le cas auparavant. Il considère qu'il y a donc un paradoxe dans leurs infrastructures, entre des bâtiments très modernes et d'autres qui datent des années 1960 ou avant et qui atteignent leurs limites. Il évoque ensuite la création du département d'oncologie qui permet de fédérer différents services.

Il évoque ensuite l'intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana et il souligne que les HUG sont actuellement composés de 8 sites hospitaliers. Il relève ensuite qu'il y a une stabilisation des activités chirurgicales, tant hospitalières qu'ambulatoires, et il souligne que l'on se trouve à ce sujet légèrement en retard par rapport aux objectifs du budget HUG. Il ajoute qu'il y a une pression assez forte sur l'ensemble du système ; il rappelle que l'activité ambulatoire représente 1 million de visites par année et donc un volume extrêmement important. Il ajoute ensuite que les modifications sur la caisse de pension des fonctionnaires a un effet direct sur leurs collaborateurs, ce qui se traduit par un impact sur leurs comptes et le renouvellement du personnel. Il souligne que des centaines de collaborateurs ont pris une rente-pont AVS. Il relève que c'est un problème en termes de capacité d'anticipation pour le renouvellement des équipes. Il donne l'exemple de l'anticipation des passages à la retraite des infirmières spécialisées qui peut être compliquée lorsque les conditions des retraites changent et que plusieurs collaborateurs prennent plus tôt leur retraite.

M. Levrat souligne ensuite la réorganisation du service de psychiatrie adulte et explique qu'ils ont fermé un centre d'accueil de psychiatrie ambulatoire, en dialogue avec les différents partenaires ; il observe que l'on a vu une meilleure organisation entre le stationnaire et l'ambulatoire. Il précise néanmoins que la psychiatrie est en train d'être colonisée par des mesures pénales, car l'on est en train de dire qu'il y a des gens sous mesure pénale qui

doivent être mis dans un établissement hospitalier correspondant à leur pathologie et que la durée moyenne en psychiatrie dépend donc de la justice et non plus du médecin. Il relève que les rythmes de la justice ont donc des impacts directs sur la durée moyenne des séjours à Belle-Idée. Il ajoute que, si l'on fait rentrer des gens sans qu'il y en ait qui sortent, alors le système se sature. Il précise ensuite que, malgré la meilleure organisation de la psychiatrie, les chiffres sont contrecarrés par le placement par la justice pénale de personnes sous mesures.

Il montre ensuite le graphique de la p. 4 de la présentation, avec des hausses plus ou moins grandes dans la plupart des activités ambulatoires, puis certaines activités qui baissent assez singulièrement, notamment la psychiatrie où il y a 7000 situations de moins, ce qui est selon lui lié à une meilleure efficacité du système, mais aussi à la fermeture d'un CAPI, ce qui a conduit un certain nombre de patients qui fréquentaient cette structure à disparaître dans la nature. Il observe que l'on peut néanmoins en retrouver certains en psychiatrie, s'il y a tout d'un coup une crise, ou alors l'on peut partir du principe qu'ils vivent en société sans que cela pose de problèmes particuliers.

M. Levrat attire l'attention des commissaires sur la barre orange, en p. 5, correspondant à l'arrivée de Joli-Mont et Montana, qui biaisent d'une certaine manière le périmètre de l'activité hospitalière des HUG. Concernant le vieillissement de la population, il montre l'évolution des personnes hospitalisées par tranche d'âge. Il rappelle que les plus de 80 ans constituent une population qui n'intéresse pas du tout les cliniques privées, qu'il s'agit de patients qui souffrent souvent de plus de 5 maladies et donc que la complexité des cas va en augmentant. Il relève néanmoins que l'ouverture en 2016 d'une voie spéciale pour les urgences des séniors, à l'hôpital des Trois-Chêne, montre un effet positif : 30% des séniors arrivant aux urgences gériatriques retournent à domicile, ce qu'il considère comme un signe très positif et, ce, grâce à une prise en charge particulière et en adéquation avec leur profil de séniors.

Il rappelle ensuite qu'un certain nombre de mesures que l'on prend qui améliorent la prise en charge ne font pas gagner de l'argent à celui qui prend la mesure puisque ces 30% de séniors qui rentrent à domicile signifient pour les HUG des clients en moins ; en somme, plus les HUG seront efficaces sur certains sujets, plus il y aura un manque à gagner. Il relève que le prolongement de la courbe des plus de 80 ans va continuer et il rappelle que, en 2017, il y avait entre 180 et 200 personnes en attente d'un placement en aval, dont des placements en EMS. Il rappelle que les HUG, avec l'obligation d'admettre, restent un lieu où les gens sont bloqués, car il n'y a pas de perspective en aval. Il rappelle par ailleurs la qualité de la collaboration existante avec l'IMAD et relève que la nature même de l'hôpital change, car l'on augmente la rapidité

de la prise en charge et donc que ce qui se passe en amont et en aval de la prise en charge doit être fait de manière coordonnée avec le réseau.

Concernant les urgences, M. Levrat souligne que les urgences adultes reflètent deux questions sociétales : la précarisation de la population qui n'a plus un médecin traitant susceptible de donner une réponse et qui vient donc aux urgences, ce qui est un phénomène qui reporte une charge supplémentaire sur les urgences ; une progression des urgences 1 et 4. Concernant les urgences 1 (prise en charge immédiate, car la personne risque la mort ou la perte d'un organe vital), il explique qu'il y en avait une toutes les 6 minutes, lorsqu'il est arrivé à la tête des HUG il y a 5 ans ; il indique qu'aujourd'hui il y en a une toutes les 5 minutes. Il précise par ailleurs que la CMNS affirme que les travaux effectués aux urgences risquent de défigurer la belle façade des HUG, mais il souligne qu'il a pour sa part vraiment de la peine à percevoir la beauté architecturale de ce site. Il souligne que l'on se trouve à 70 000 urgences annuelles pour les adultes, alors que le bâtiment a été construit pour accueillir 60 000 urgences annuelles. Il précise qu'il s'agit donc d'un casse-tête énorme, car ils ne peuvent évidemment pas fermer pendant les travaux, ni s'éloigner de l'arrivée des ambulances ou des blocs opératoires.

Concernant l'absence de médecin traitant, la hausse de la précarité et la hausse des besoins en consommation de soins immédiats, M. Levrat précise qu'ils ont singulièrement réduit les délais d'attente, lesquels sont, selon lui, les meilleurs d'Europe (environ 3 à 4 heures contre 7 ou 8 ailleurs). Il rappelle qu'ils reçoivent régulièrement des plaintes de personnes ayant attendu 4 heures, mais il souligne que, lors de l'arrivée d'une personne aux urgences, il y a quelqu'un qui ausculte le patient et qui décide en 20 secondes de quelle catégorie d'urgence il s'agit. Par ailleurs, il précise qu'ils ont développé grandement les urgences pédiatriques et qu'ils sont en train de développer les urgences gynécologiques, ainsi que les urgences adultes ; il explique qu'ils ont mis en place une double file de gestion de l'urgence, avec l'obtention rapide d'un examen, mais, selon le résultat de ce dernier, l'on prévoit un rendez-vous avec le médecin seulement 3 heures après, ce qui laisse le temps à la personne de rentrer chez elle et de recevoir un SMS pour savoir lorsqu'elle doit retourner à l'hôpital.

Il précise ensuite qu'ils ont désormais ouvert les urgences ambulatoires 24h/24, ce qui évite que des gens attendent toute la nuit aux urgences pour être pris en charge le lendemain, comme c'était le cas auparavant. Au niveau du virage ambulatoire, il précise que c'était un souhait qui diminue les coûts de la santé ; il précise que les interventions ambulatoires ont progressé de 20% entre 2015 et 2017, alors que l'activité stationnaire a stagné. Il explique que le fruit de cette politique a des effets financiers, mais aussi sur le système de santé. Il

relève ensuite que, au niveau de la variation des interventions chirurgicales, il y en a certaines assez fortes en cardiologie, avec une centaine d'opérations en moins, car les techniques changent et que l'intervention ne nécessite plus d'ouvrir les personnes en deux pour changer quelque chose. Il relève en outre que l'ophtalmologie se porte mieux et que certains ophtalmologues de ville commencent à leur adresser leurs patients.

M. Levrat rappelle que le budget total est de plus d'1,9 milliard et que cela représente environ 4 millions par jour ; il remercie donc le Grand Conseil de voter le budget des années bissextiles en conséquence. Il souligne que les HUG se portent bien, qu'il s'agit d'une mécanique complexe, d'une institution extrêmement dynamique et qu'il n'aurait aucune hésitation à envoyer un membre de sa famille dans n'importe quel service des HUG. Il souligne que tous les métiers y sont interconnectés. Il précise enfin que, contrairement à d'autres structures, les HUG ont la particularité d'avoir 180 métiers, 11 500 collaborateurs, et que tous contribuent au fonctionnement de l'ensemble. Il considère que cette interdépendance est à la fois une force et une fragilité du colosse. Il observe par ailleurs qu'il y a 2,5% de turn-over, ce qui est ridicule en termes d'entreprise, mais que cela signifie que les gens qui viennent travailler aux HUG s'y sentent plutôt bien. Il précise enfin qu'ils ont 3 missions : les soins, la formation et la recherche ; 3 secteurs sur lesquels les HUG sont très bien placés au niveau européen.

Questions des commissaires

Un commissaire UDC désire savoir, suite aux éléments qui avaient été mis en avant l'année dernière, si la ventilation des comptes transitoires est enfin en ordre.

M. Davat lui répond qu'ils sont repartis sur de bonnes bases et que tout est régularisé.

Un commissaire UDC désire par ailleurs savoir ce qui est entrepris au niveau des obstacles formulés par la CMNS pour la rénovation des bâtiments, notamment au niveau de l'hôpital des enfants ; il se demande si l'on va voir une amélioration ou alors si l'on va continuer avec un accueil qui lui semble déplorable pour des enfants.

M. Levrat indique que cela évolue lentement, notamment grâce au fait qu'ils ont fait un concours d'urbanisme sur la zone sud de l'hôpital, dans le cadre de la construction de la Maison de l'enfant et de l'adolescent. Il invite la commission à venir voir cela sur place. Il précise qu'il s'agit d'une réaction en chaîne, car la CPEG construit actuellement pour les HUG un centre de chirurgie ambulatoire sur le 22-24 Beau-Séjour ; une fois que ce bâtiment sera construit, ils pourront vider le bâtiment qu'occupe aujourd'hui

l'ophtalmologie. Il ajoute qu'une fois que ce bâtiment sera vidé, ils pourront démolir le bâtiment d'ophtalmologie et construire un nouvel Hôpital des enfants. Il rappelle qu'ils doivent garder l'hôpital ouvert durant les travaux et donc qu'ils font au mieux. Il précise par ailleurs que l'on peut partout manger des frites dans les HUG, sauf à l'hôpital des enfants, car le bâtiment est tellement digne d'intérêt architectural que l'on ne peut pas faire un trou dans le mur pour y mettre une hotte de ventilation. Il pense que, malheureusement, malgré les efforts fournis, les enfants seront hospitalisés dans un bâtiment obsolète jusqu'en 2028-2030.

Un commissaire UDC aborde le dernier rapport de gestion 2016 dans lequel la direction des HUG a admis avoir résolu les problèmes liés à l'ophtalmologie, lesquels avaient été, selon lui, niés par les HUG 3 ans auparavant. Il se demande si les 18 spécialisations perdues en ophtalmologie ont été récupérées en 2017, avec la titularisation de la Pre Gabriele Thumann, malgré leurs gros doutes à ce sujet.

M. Levrat souligne qu'il a toujours eu une divergence de vues avec ce commissaire UDC, car il estime pour sa part que la gestion d'un hôpital est un peu plus compliquée que le simple remplacement d'un professeur. Il ajoute que le lien entre la population et son hôpital et quelque chose de fragile et le fait de jouer au boute-le-feu en disant que des gens risquent de mourir en s'adressant à tel ou tel service l'a conduit à s'opposer de manière très forte à ce genre de propos qui sont, selon lui, complètement erronés. Il relève qu'il y a eu des problèmes de management, de gestion, etc., et que le fait de reconstituer une équipe et d'attirer des talents qui sont d'accord de travailler à l'hôpital prend un certain nombre d'années. Il rappelle que Genève a le taux de psychiatres et d'ophtalmologues de ville le plus fort au monde. Il ajoute qu'ils travaillent donc surtout sur une capacité à travailler ensemble avec la ville, laquelle reste très forte dans certains domaines. Il ajoute que le fait de prendre un caractère germanique fort pour diriger un service peut susciter encore quelques tensions, car cela n'est pas toujours simple sur la durée. Il observe néanmoins qu'il n'aurait aucun problème à envoyer ses enfants au service d'ophtalmologie des HUG.

Le commissaire UDC rappelle qu'il s'agissait d'une perte de la vue lors d'opérations réalisées sur des personnes âgées et que 18 spécialités avaient disparu ; il pense que ce n'était donc pas une vue de l'esprit que de s'inquiéter pour l'ophtalmologie. Enfin, il aborde la question des personnes internées par la justice à Belle-Idée ; il demande ce qu'il en est de Curabilis, où il pense qu'il pourrait y avoir des places plus adaptées qu'à Belle-Idée pour ces personnes. Il demande pourquoi l'on ne pourrait pas récupérer le bâtiment existant à Curabilis qui était dédié à la psychothérapie.

M. Levrat souligne que le bâtiment de la psychothérapie est aujourd'hui occupé par des détenus. Par ailleurs, il relève que Curabilis est plein, qu'il y a des nouvelles personnes qui arrivent dans le système, mais qu'il n'y a pas de perspectives de sortie faciles pour ces personnes. Il souligne qu'ils travaillent donc sur un certain nombre de possibilités avec des sas progressifs pour des patients de ce type, mais que c'est la sortie après Belle-Idée qui pose problème. Il relève que, après le drame terrible d'Adeline, prendre la responsabilité de lever une mesure pour permettre à une personne de partir en société est quelque chose qui est difficile à faire. Il pense qu'il faut imaginer de créer des places dans des types de foyers en aval. Il relève néanmoins que, s'il est déjà compliqué de construire un foyer pour requérants d'asile, c'est encore plus dur de construire un foyer pour personnes sortant de Curabilis.

M. Canonica relève que M. Levrat a pris conscience d'une problématique nuancée par rapport à l'angélisme antérieur au drame d'Adeline, mais il ajoute que la justice a été infiniment échaudée et que, si l'on devait demander au TAPEM les statistiques d'élargissement de ces situations et les comparer avec les mêmes statistiques d'il y a 10 ans, l'on serait soit rassuré par le fait que l'on garde tout le monde à l'intérieur, soit très étonné par ces courbes, car il estime que le paysage a changé du blanc au noir. Il ajoute que, pour des cas anodins au sens du droit criminel, les portes ne s'ouvrent pas non plus du côté de la justice. Il souligne que M. Levrat attire au fond l'attention sur deux phénomènes : le fait que l'on ne libère plus les gens et le fait que la justice est frappée d'un manque de courage.

Un commissaire PLR indique qu'il a des questions sur les augmentations des hospitalisations des personnes âgées et sur l'augmentation des urgences gériatriques. Concernant l'intégration de Joli-Mont et Montana, il observe que l'on n'a pas d'antériorité pour l'activité de ces cliniques et il demande si ces cliniques ont augmenté leurs activités en 2017 par rapport aux années précédentes. Par ailleurs, il relève que le graphique des courbes par classe d'âge montre une augmentation des hospitalisations des plus de 80 ans et il désire savoir s'il y a un effet lié à l'intégration de ces deux cliniques aux HUG. Par ailleurs, il observe que 30% des consultations aux urgences gériatriques retournent à domicile ; il demande combien de temps durent ces consultations aux urgences.

M. Levrat souligne que cela figure en page 12 du rapport et il relève qu'il s'agit d'un vrai service d'urgences. Concernant les plus de 80 ans, il estime qu'il n'y a pas d'effet corrélé avec l'arrivée des deux cliniques. Il ajoute que la patientèle à Montana est plutôt plus jeune que celle des HUG en général. Concernant Joli-Mont, il observe que les patients ne sont pas particulièrement plus âgés que le reste de la population hospitalière et il explique par ailleurs

qu'ils ont obtenu des autorités valaisannes une forme de prise en compte de la garantie hospitalo-universitaire. Il souligne que Crans-Montana est un lieu particulier, puisqu'il s'agit de l'ancien sanatorium des tuberculeux et qu'il y a aujourd'hui beaucoup de cliniques qui s'y trouvent ; il souligne que l'une d'entre elles songe à fermer son établissement, ce qui pourrait avoir un impact sur la fréquentation de la clinique de Montana. Il indique enfin que le fait que l'on n'ait pas entendu parler de l'intégration de ces deux établissements montre que les choses se passent bien.

Un commissaire S s'étonne des propos de M. Canonica, notamment sur l'angélisme antérieur au drame de l'affaire d'Adeline ; il lui semble pour sa part que ce drame était lié à une affaire interne de l'espace carcéral et pas forcément à une libération ; il indique qu'il n'a donc pas bien compris les propos de M. Canonica sur cet enjeu. Il fait, pour sa part, plutôt le constat d'une criminalisation de la maladie psychique et de la psychiatrie ; il relève qu'elle a des impacts sur les HUG, mais il s'étonne quand même de la baisse assez nette des prises en charge en psychiatrie, alors que le reste des activités en ambulatoire augmentent. Il observe qu'ils ont fermé un CAPI et qu'il y a désormais encore moins de services ambulatoires ; il se demande donc s'il y a moins de maladies psychiques ou si elles sont moins traitées. Par ailleurs, il relève qu'il y a une baisse marquée au niveau de la médecine de premier recours et 6039 prises en charge en moins chez les migrants. Il souligne que, en résumant caricaturalement, l'on voit une baisse des prises en charge des migrants et des fous.

M. Levrat souligne qu'il y a moins de migrants, ce qui explique la baisse dans ce secteur. Concernant la psychiatrie, il estime que les réponses sont plus nuancées et complexes. Il relève que le style de management a changé et que l'on cherche à travailler en réseau plutôt qu'en silo. Il observe que l'ouverture aux psychiatres de ville pour les prises en charge non hospitalières explique une partie du constat. Par ailleurs, il pense qu'ils sont plus efficaces dans la prise en charge, dans le but d'arrêter la dépendance du patient vis-à-vis des HUG. Il indique avoir la certitude que l'on doit faire en sorte que le patient sorte dans la communauté et soit autonome ; il souligne qu'il y a donc une philosophie d'approche qui constitue un changement aux HUG et qui conduit à mesurer le succès des prises en charge non pas par l'augmentation de leur nombre, mais au travers de l'autonomisation que l'on peut donner aux gens. Il ajoute enfin que la fermeture du CAPI a généré une perte de patients, lesquels reviendront peut-être à l'avenir dans le système ou pas. Il ajoute qu'il y a donc un certain nombre de patients qui, après cette fermeture, ne sont plus connus de leurs services. Il pense donc que ces trois facteurs expliquent ce phénomène.

Un commissaire S relève que l'année 2017 a été dure au niveau des RH, car il y a eu un suicide et des cas d'agressions au personnel ; il se demande si c'est un cas particulier à Belle-Idée ou s'ils retrouvent ailleurs cette exposition des soignants à la violence.

M. Levrat souligne que la violence contre les collaborateurs est en effet une réalité, principalement aux urgences et en psychiatrie. Il relève qu'il y a un risque objectif à s'occuper d'un certain nombre de personnes en grande détresse psychique ou victimes de violences de société qui se retrouvent aux urgences. Il relève ensuite que le suicide évoqué est celui d'un collaborateur qui s'est passé un lundi matin au sein du site Cluse-Roseaie, il y a une année, et pour lequel il a fait faire des enquêtes approfondies. Il considère que les conditions de travail de cette personne n'étaient pas très faciles, mais qu'elles ne font pas endosser à l'employeur une responsabilité principale sur l'ensemble des éléments qui ont conduit à ce suicide. Il souligne avoir rencontré la veuve de ce collaborateur il y a moins de 10 jours et il affirme que personne ne fait de corrélation immédiate entre les conditions d'emploi de la personne et le suicide de cette dernière, même si cela a sans doute joué un certain rôle. Il rappelle qu'il s'agissait d'une personne qui était responsable RH au sein des HUG. Il souligne avoir fait une enquête approfondie pour voir s'il s'agissait d'une situation de mobbing et il précise qu'il a pu formellement exclure cette hypothèse.

Une commissaire EAG partage le même type d'interrogations ; elle souligne qu'elle est frappée par le fait que M. Levrat ait dit que, après la réorganisation de la psychiatrie adulte, les gens avaient échappé à la chronicisation ; elle s'inquiète surtout du fait qu'ils aient échappé à tout accompagnement médical. Elle observe que l'on ne peut pas mesurer cela aujourd'hui, mais que l'on sait qu'il y a une partie de ces personnes qui ne bénéficient plus d'aucun soin et qui sont à la charge de leur famille, avec toutes les difficultés que cela peut générer. Elle demande donc comment l'on pourrait s'intéresser à ces effets. Par ailleurs, au niveau des RH, elle observe que l'on entend régulièrement dire que l'on travaille beaucoup aux HUG à flux tendu. Elle désire savoir quels sont le taux d'absence existant aux HUG et le taux de recours à du personnel temporaire. Elle demande si le recours à du personnel temporaire par le biais d'agences n'est finalement pas plus coûteux que de prévoir du staff de remplacement. Ensuite, elle désire savoir quels seraient leurs besoins en termes de ressources humaines pour améliorer les conditions de travail du personnel. Elle relève enfin que M. Levrat a souligné que le profil des populations qui fréquentaient les urgences avait changé, qu'il y a d'autres modes d'utilisation des urgences adultes et qu'il mettait cela sur le compte d'une volonté d'avoir une réponse plus immédiate. Elle demande s'il n'y a pas

aussi une incidence liée à l'appauvrissement d'une partie de la population qui a souvent recours à des franchises très élevées et qui hésite avant de consulter son médecin ; elle observe que les situations à un moment se détériorent et que les gens sont alors acculés et doivent opter pour une réponse rapide, car ils sont dans l'urgence.

M. Levrat souligne qu'il ne peut pas se prononcer sur ceux qui ne viennent pas, mais il ajoute que l'on voit par contre une saisonnalité des activités hospitalières, car les gens, une fois qu'ils ont atteint leur franchise, essaient de consommer de la ressource médicale et donc que l'on sent que le système induit ces effets. Il ajoute qu'ils ont un taux d'absence qui se calcule sur 7 jours, contrairement à d'autres secteurs d'activités où l'on calcule ce taux sur 5 jours. Il souligne qu'ils ont un taux d'absence maladie, hors maternité, de 7,5%, ce qui est selon lui tout à fait honorable. Il relève que ce taux va varier d'un service à l'autre et que l'on peut parfois avoir des spirales de malades dans un service qui vont générer des absences en chaîne. Par ailleurs, concernant le personnel temporaire, il indique que le taux est d'environ 5% d'intérimaires pour remplacer des personnes malades. Il souligne qu'ils ont l'obligation de remplir un certain nombre de postes, mais il précise qu'ils sont en train de resserrer les critères d'appel d'intérim, car il rejoint la réflexion de la commissaire et pense que l'on a un peu glissé sur les raisons pour lesquelles l'on appelait des intérimaires. Il précise néanmoins qu'y recourir est nécessaire pour les besoins immédiats.

Il pense que les solutions sont de deux ordres : soit l'on crée des pools en surnuméraire, soit l'on crée une boîte intérimaire spécifique aux HUG, ce à quoi, jusqu'à maintenant, les syndicats se sont opposés. Concernant les besoins en RH, il relève que la nature change au niveau générationnel et qu'il y a une difficulté d'explicitier que, lorsque l'on est de garde, alors il faut y aller. Il ajoute qu'il y a 1,9 milliard de budget et que, alors, la tentation de dire que les HUG ont beaucoup d'argent et sont donc à l'aise est immense. Il précise qu'ils sont pourtant à flux tendu dans l'ensemble des services et qu'ils essaient de gérer chaque franc avec beaucoup d'attention. Il explique que leur problème est aujourd'hui de donner un peu d'espace au personnel pour qu'il puisse récupérer et ensuite être efficace. Il observe par exemple qu'ils ne laissent actuellement que 2 heures de vide dans les lits en soins palliatifs, ce qui ne va pas du tout pour le personnel. Il indique enfin que les charges salariales représentent 1,3 milliard et donc que, si l'on veut faire des économies à l'hôpital, soit l'on change les conditions salariales, soit on leur demande à chaque fois de diminuer le nombre de postes, et il y a un moment où ils arrivent à leurs limites. Il estime qu'elles sont actuellement très proches.

La commissaire EAG pense qu'il y aurait peut-être d'autres hypothèses. Elle demande s'ils ont chiffré le nombre de collaborateurs en plus permettant au personnel de respirer pour récupérer suffisamment et ne pas laisser la situation s'envenimer.

M. Levrat lui répond par la négative et souligne qu'ils ont dû chaque année économiser 20 millions, lors des trois dernières années, alors qu'ils avaient une augmentation du volume d'activité de 2%. Il précise que les économies sont faites au niveau fédéral mais aussi par le canton.

Les représentants des HUG se retirent.

Débat d'entrée en matière

Une commissaire EAG considère que l'audition des HUG a montré les limites des exercices que l'on impose année après année à certains établissements, sachant en plus que l'on entend régulièrement le personnel des HUG lancer des cris d'alarme ; elle trouverait dommageable que l'on donne un blanc-seing à ce rapport de gestion, alors que l'on sait que cette gestion est problématique au niveau des conditions qui sont données aux HUG.

Un commissaire MCG pense que l'on peut entendre les syndicats dans le cadre d'autres objets parlementaires concernant les HUG mais pas pour le rapport de gestion de 2017, car cela ne va rien changer du tout.

Un commissaire PLR est convaincu par le fait que les HUG sont dans les clous par rapport à leurs activités ; il précise que l'on sait que la mission des HUG est remplie et il ne pense donc pas qu'il soit utile de faire des auditions supplémentaires. Il souhaite que l'on vote ce soir ce rapport et il ajoute que la commission de la santé a plusieurs objets en suspens qui concernent les HUG, et donc que l'on va pouvoir dans ce cadre-là approfondir toutes les thématiques avec les HUG par la suite.

Un commissaire UDC indique qu'il votera l'entrée en matière de ce rapport de gestion ; il pense qu'il y a une amélioration de la prise de conscience de la direction par rapport aux problématiques évoquées, pourtant, selon lui, niées il y a 3 ans. Par ailleurs, il comprend les réticences de la commissaire EAG, mais ajoute que les interventions sur le rapport de gestion sont bien moins efficaces que sur des objets parlementaires spécifiques.

La commissaire EAG ne partage pas ce point de vue, car elle estime que l'approbation d'un rapport de gestion signifie que l'on admet que ce qui est présenté comme type de gestion convient et répond aux besoins de la population, avant de répondre aux impératifs de la COFIN ou du Conseil d'Etat ; elle considère que c'est le moment où jamais de s'interroger sur ce que

produisent les conditions-cadres que l'on donne aux HUG pour réaliser leur mission, quel impact cela peut avoir sur le personnel. Elle estime qu'au moment où l'on doit dire quelque chose sur cette gestion, l'on doit faire apparaître les difficultés, notamment celles que faisait apparaître M. Levrat à la fin de son intervention : qu'ils travaillent à flux tendus, que cela est problématique et que l'on devrait pouvoir leur donner d'autres conditions, si l'on voulait que les choses se passent bien. Elle ne se voit donc pas approuver ce rapport de gestion, alors que les conditions données aux HUG pour remplir leur mission sont problématiques ; elle estime que ces questions relèvent bel et bien de la gestion. Elle comprend que l'on pourrait revenir plus tard, mais elle estime qu'il faut au moins que l'on se donne la peine d'écouter le personnel pour avoir une autre version.

M. Poggia souligne qu'à deux reprises le Grand Conseil a été saisi d'un PL pour penser les mécanismes salariaux et il affirme que cela n'a pas pu être voté en raison de l'absence de membres du groupe EAG. Il estime que la commissaire EAG doit donc demander aux membres de son groupe d'être cohérents et d'être présents lorsqu'il faut voter.

Le président soumet au vote la demande d'audition des représentants du personnel des HUG formulée par la commissaire EAG :

Oui :	6 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)
Non :	7 (3 PLR, 1 UDC, 2 MCG, 1 PDC)
Abstentions :	–

La demande d'audition est refusée.

Vote

1^{er} débat

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 12328 :

Oui :	7 (1 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
Non :	–
Abstentions :	6 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)

L'entrée en matière est acceptée.

2^e débat

Le président procède au vote du 2^e débat :

art. 1 :	pas d'opposition, adopté
----------	---------------------------------

3^e débat

Le président met aux voix l'ensemble du PL 12328 :

Oui :	7 (1 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
Non :	1 (1 EAG)
Abstentions :	5 (3 S, 2 Ve)

Le PL 12328 est accepté.

Conclusions

Mesdames et Messieurs les députés, la majorité de la commission de la santé vous invite à accepter le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2017.

Catégorie de débat préavisée : II

Projet de loi (12328-A)

approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2017

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, alinéa 2, 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 de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2017;

vu la décision du bureau du conseil d'administration de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève du 12 mars 2018;

vu la décision du conseil d'administration de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève du 19 mars 2018;

décède ce qui suit :

Article unique Rapport de gestion

Le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2017 est approuvé.

ANNEXE

COMPTES 2017 HUG

Commission de la santé du Grand Conseil
18 mai 2018



HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

FAITS MARQUANTS

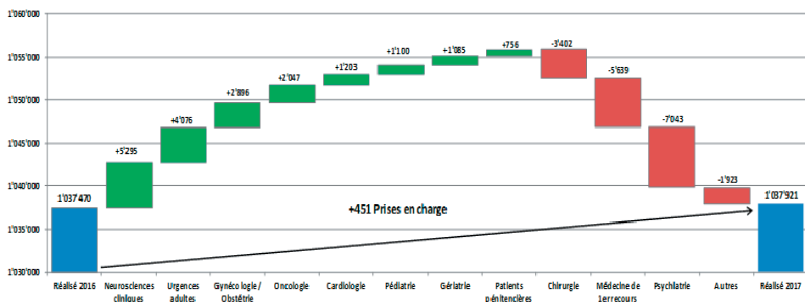
HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

FAITS MARQUANTS 2017 / ACTIVITE ⁽¹⁾

- Mise en exploitation du bâtiment Gustave Julliard et de l'étape 3.3 de la rénovation de la Maternité.
- Création du Département d'Oncologie
- Une année pleine de fonctionnement pour Joli-Mont et Montana contre 6 mois en 2016 (Soit +19 MCHF de recettes en plus par rapport à 2016, compensés par les charges).
- Stabilisation de l'activité tant hospitalière qu'ambulatoire et en retard par rapport aux objectifs (-3.6% pour les soins aigus, -5.5% pour le non aigus et -1.5% pour l'ambulatoire).
- Modification des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS (impact de +7.8 MCHF supérieur au budget).
- Réorganisation du service de psychiatrie adulte.

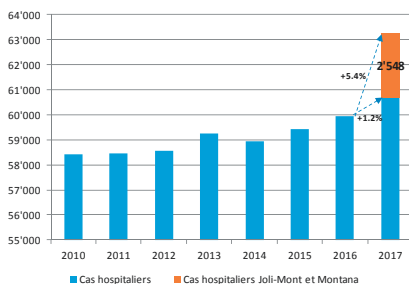
FAITS MARQUANTS 2017 / ACTIVITE ⁽²⁾

Activité ambulatoire



FAITS MARQUANTS 2017 / ACTIVITE (3)

Activité hospitalière



Depuis 2010, une progression de l'activité stationnaire en lien avec l'augmentation et le vieillissement de la population du canton de Genève.

En 2017, un effet de changement de périmètre (intégration des cliniques) vient amplifier cette tendance haussière.

FAITS MARQUANTS 2017

Les « plus de 80 ans » forment la principale catégorie de patients !

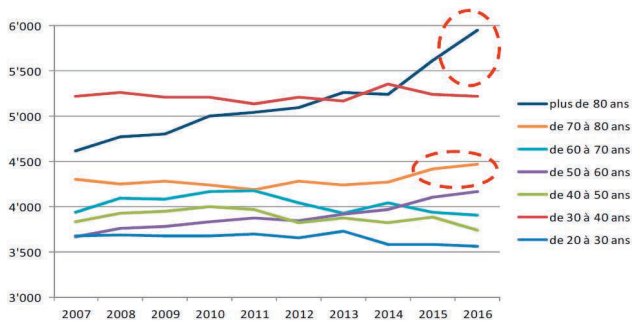
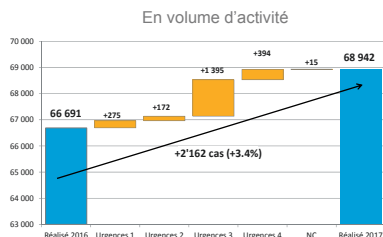
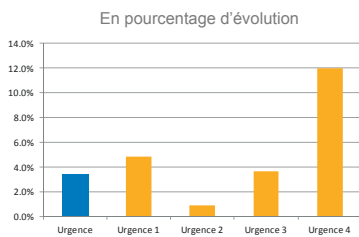


Figure 11. Evolution des patients hospitalisés par tranche d'âge.

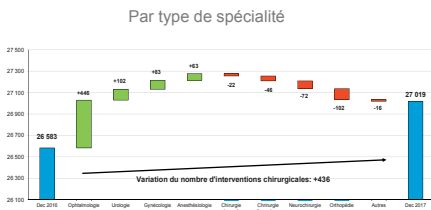
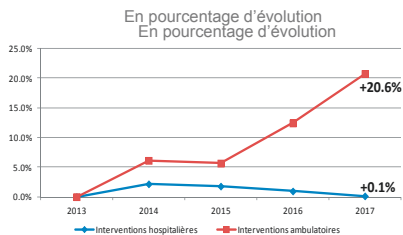
FAITS MARQUANTS 2017 / **ACTIVITE** (4)Urgences Adultes

La hausse se concentre sur les urgences 3 et 4 qui sont les moins critiques.



Les urgences 4 et 1 affichent le taux de progression le plus important.

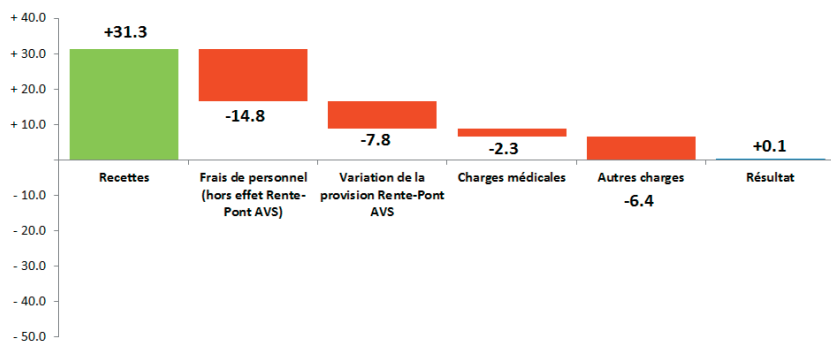
Il est à noter que les délais de prises en charge aux urgences adultes se sont fortement améliorés

FAITS MARQUANTS 2017 / **ACTIVITE** (5)Activité chirurgicale

La progression du nombre d'interventions chirurgicales se concentre sur l'ambulatoire

COMPTE DE FONCTIONNEMENT

UN RÉSULTAT DE +82 KCHF



PRODUITS

1'902 MCHF

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17	Comptes 2016	Ecart C17/C16		
Recettes hors produits sur exercices antérieurs	1 902 258 213	1 870 921 773	+36 836 440	+1.7%	1 831 121 499	+71 136 714	+3.9%
60-62 Recettes médicales	942 840 599	915 545 000	+27 295 599	+3.0%	910 123 503	+32 717 096	+3.6%
65-68 Autres recettes	61 023 934	54 745 000	+6 278 934	+11.5%	57 865 367	+3 158 568	+5.5%
Total des subventions et indemnités	898 393 680	895 131 773	+3 261 907	+0.4%	883 132 630	+35 261 051	+4.1%
dont total des subventions et indemnités avant distribution à l'Etat	898 420 999	895 131 773	+3 289 226	+0.4%	870 255 408	+28 165 592	+3.2%
dont total des subventions à distribuer à l'Etat	-27 319	-	-27 319	-	-7 122 778	+7 095 459	-99.6%
6954 Financement par le recours à la réserve quadriennale	-	- 5 500 000	-5 500 000	-100.0%	-	-	-
Produit sur exercices antérieurs	-	-	-	-	33 592 995	-33 592 995	-100.0%
Total des produits après distribution résultat	1 902 258 213	1 870 921 773	+31 336 440	+1.7%	1 884 714 494	+37 543 719	+2.0%

Recettes médicales = +27.3 MCHF

Autres recettes (hors subventions) = +6.3 MCHF :

- Recettes du cardio-mobile, de l'hélicoptère, des ventes à des tiers (Cressy, formations..)

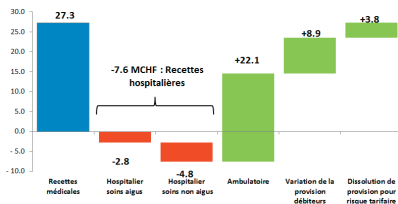
Subventions et indemnités = +3.2 MCHF ;

- Contribution de corporations, de fondations et de privés (+3.1 MCHF) dont 2.2 MCHF servent à financer des projets cliniques (contrebalancé par des charges équivalentes. Impact nul pour le résultat).

Financement par le recours à la réserve quadriennale = -5.5 MCHF ;

- Le budget 2017, afin d'être équilibré, prévoit un recours à la réserve quadriennale à hauteur de 5.5 MCHF, qui dans les faits n'a pas été utilisé.

ZOOM RECETTES MÉDICALES



Soins aigus = -2.8 MCHF :

- -15.0 MCHF : impact du volume d'activité inférieur à la cible (50'103 vs 52'000 au budget 2017).
- +6.0 MCHF : hausse du cost-weight (1.21 vs 1.19 au budget) et meilleure valorisation des recettes en cours de facturation
- +4.0 MCHF : honoraires privés médecins (taux patient privé 11.0% / cible 10% et hausse du nb d'ayants-droits)
- +2.3 MCHF : rémunérations supplémentaires DRG

Soins non aigus = -4.8 MCHF :

- -6.6 MCHF : extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne et changement de règles de facturation des soins palliatifs spécialisés (désormais facturés en DRG). A noter également l'activité peu soutenue à Joli-Mont.
- +2.6 MCHF : forte activité de la psychiatrie pédiatrique.

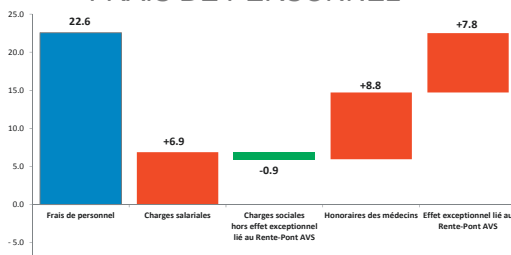
Ambulatoire = +22.1 MCHF :

- +7.2 MCHF : recettes TARMED avec une meilleure exhaustivité de la facturation.
- +17.3 MCHF : prestations techniques non TARMED : laboratoires, facturation médicaments et matériel.

Autres recettes sur les prestations médicales = +12.7 MCHF : amélioration du processus de recouvrement et dissolution significative du reliquat de provision pour risque tarifaire.

FRAIS DE PERSONNEL

1'476 MCHF
= 78 % du total
des charges



Charges salariales = +6.9 MCHF

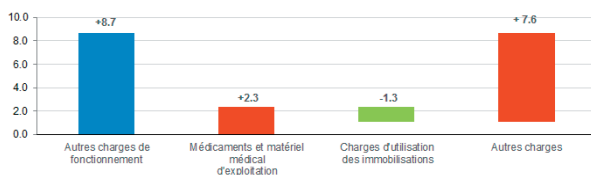
- Dotation de base = -2.5 MCHF :
Non consommation de la totalité des ETP (42 ETP) du fait des engagements progressifs (Gustave Julliard, Mat3.3,...) et des départs (Rente-Pont AVS)
- Complémentaire = +9.4 MCHF :
Taux d'absence en hausse (7.5% pour le hors mat, vs 7.2% en 2016 et cible à 6%)
Surcharges temporaires (projets, mandats additionnels, remplacement maladies...)

Honoraires = +8.8 MCHF :

Majoration des indemnités forfaitaires de 40% et augmentation du nombre d'ayants-droits et augmentation du taux de patients privés (compensé par le boni sur les recettes d'honoraires).

AUTRES CHARGES DE FONCTIONNEMENT

426 MCHF



Médicaments et Matériel médical = +2.3 MCHF dont notamment :

- +3.7 MCHF concentrés sur les médicaments, et compensés en grande partie par le boni de refacturation.
- -0.9 MCHF sur le matériel médical d'exploitation liés à la baisse sensible des prix négociés avec les fournisseurs et à une baisse des quantités commandées en raison d'une activité réduite de certains blocs opératoires.

CUI = -1.3 MCHF liés notamment à une baisse des amortissements et des autres loyers

Autres charges = +7.6 MCHF :

- +3.0 MCHF pour les autres charges liées aux patients : frais d'interprétiariat (migrants) et de transports de patients par des tiers (en lien avec la hausse de l'activité au service des urgences).
- +2.2 MCHF pour les autres charges d'exploitation, en lien avec l'harmonisation des règles de calcul des encours par rapport à la facturation sur la participation des assureurs aux investissements (impact neutre sur le résultat).
- +1.6 MCHF suite à l'intégration des dépenses engagées dans le cadre de projets financés par des corporations, des fondations et des privés (impact neutre sur le résultat HUG).
- +0.8 MCHF concernant des partenariats avec l'Université, l'EPFL et le Campus Biotech.

COMPTE DE FONCTIONNEMENT	COMPTES RD	BUDGET CA	COMPTES RD	ECART
	31.12.2017	31.12.2017	30.12.2016	Budget
	CHF	CHF	CHF	CHF
PRODUITS				
60 Produits des prestations médicales, infirm. et thérapeutiques aux patients*	572 992 951	574 242 000	564 441 547	(1 249 049)
61 Prestations unitaires médicales	114 099 370	106 074 000	105 598 775	8 025 370
62 Autres prestations unitaires hospitalières	255 748 278	235 229 000	240 083 181	20 519 278
65 Autres produits de prestations aux patients	4 853 940	4 598 000	5 425 089	255 940
66 Produits financiers	8 537 012	9 379 000	8 668 263	(841 988)
68 Produits de prestations au personnel et à des tiers	47 632 982	40 768 000	43 772 016	6 864 982
Produits des exercices antérieurs	0	0	33 692 993	0
69 Indemnité de fonctionnement reçue	865 584 440	865 584 440	836 254 604	0
Indemnité crédit suppl. Curablis	0	0	947 268	0
Indemnité crédit suppl. Migrants	0	0	945 000	0
Contribution sur réserve en cours	0	5 500 000	0	(5 500 000)
Produits différés de subventions d'investissement	27 603 828	28 167 333	29 846 052	(563 505)
Subvention fédérale	169 350	0	29 000	169 350
Autres subventions et dotations internes	535 133	0	192 750	535 133
Autres contributions	4 528 249	1 380 000	2 040 734	3 148 249
TOTAL DES PRODUITS	1 802 258 213	1 870 921 773	1 864 714 494	31 336 440
CHARGES				
3 Charges de personnel	1 476 280 248	1 453 726 440	1 417 487 582	22 553 808
40 Matériel médical d'exploitation	193 080 993	190 741 000	191 640 989	2 339 993
41 Charges de produits alimentaires	23 225 595	23 493 000	21 646 142	(267 405)
42 Charges de ménage	15 556 848	15 203 000	15 378 054	353 848
43 Entretien et réparations	28 838 383	28 647 000	29 481 082	191 383
44 Charges d'utilisation des immobilisations	66 406 042	67 683 333	72 304 017	(1 277 291)
45 Charges d'énergie et eau	18 465 112	18 198 000	15 759 371	267 112
46 Charges financières	1 427 401	1 651 000	1 375 384	(223 599)
47 Charges de l'administration et de l'informatique	30 948 438	26 361 000	32 342 948	4 587 438
48 Autres charges liées aux patients	11 580 932	8 597 000	10 656 251	2 983 932
49 Autres charges non liées aux patients	36 366 262	36 621 000	35 274 340	(254 738)
TOTAL DES CHARGES	1 802 176 255	1 870 921 773	1 843 346 160	31 254 482
RESULTAT DE FONCTIONNEMENT	81 958	0	21 368 334	81 958

BILAN

BILAN - ACTIF

ACTIFS	2017 CHF	2016 CHF	
Actifs circulants			
Liquidités	62'417'590	31'495'328	Facturation médicale plus régulière en 2017, encaissements ADF investissements 2016 pour 28 MOF, Rééquilibrage des comptes bancaires avec fonds propres et fonds hors exploitation
Débiteurs - Patients et assurances	143'240'168	167'404'918	Facturation médicale plus régulière en 2017 - Pic de facturation en décembre 2016
Autres débiteurs	11'479'073	16'131'588	Variation du compte courant Etat de Genève
Stocks et travaux en cours	109'085'385	100'900'025	Complément de prestations ambulatoires 2017 saisies en 2018 pour 7 MOF,
Stocks	10'063'106	9'816'679	Meilleure valorisation des encours
Travaux en cours	99'002'279	91'083'146	
Comptes de régularisation	13'039'101	22'046'153	Moindre anticipation sur 2017 des primes d'assurances 2018 (dont primes ass. Accident)
Total des actifs circulants	339'261'317	337'978'012	
Actifs immobilisés			
Immobilisations financières affectées	125'443'780	148'657'483	Trésorerie courante et fonds propres et fonds hors exploitation - rééquilibrages avec le fonctionnement
Immobilisations corporelles	572'814'576	560'273'238	
Terrains d'exploitation	156'573'250	156'573'250	
Immubles et installations fixes	80'963'613	76'618'095	Activation en 2017 fin BATLAB (2 derniers étages) pour 5 MOF
Equipements et installations	126'721'226	139'929'749	Baisse des investissements financés par les PL
Immobilisations en cours	11'854'198	2'700'441	Quantiens et projet en cours cours OJB 7.5 MOF - GBOR 1.5 MOF - Pameaux UH BDL2 1.5 MOF - FLEBUS 0.5 MOF - REMESO 0.5 MOF
Immobilisations affectées	196'702'269	184'451'703	Réveil immeubles placements 1.5 MOF - projets financés par des tiers ou dons et legs, dont Centre mémoire 0.5 MOF - Centre développement enfant 5.5 MOF - Kosque Qera 1.5 MOF
Total des actifs immobilisés	698'268'356	708'930'731	
TOTAL DES ACTIFS	1'037'519'673	1'046'908'743	



Hospitaux
Universitaires
Genève

17

BILAN - PASSIF

PASSIFS	2017 CHF	2016 CHF	
Capitaux étrangers à court terme			
Dettes pour achat de biens et services	62'757'014	54'810'253	Transfert en 2017 des provisions charges intérimaires pour 8 MOF (en comptes de régularisation en 2016)
Autres créanciers	156'079'150	174'413'214	Prêt hypothécaire CT en 2016, prolongé et transféré en LT 11 MOF - Crédits patients remboursés 5 MOF
Part du résultat à distribuer	0	21'767'331	Solde du CP 2012-2015, remboursé pour 50 % Etat et transféré pour 50% fonds de tiers affectés
Provisions	42'532'043	49'144'692	En 2016 provision exceptionnelle pour risque rente Port-AVS de 8.4 MOF
Comptes de régularisation	6'337'751	17'106'823	Transfert en 2017 des provisions charges intérimaires pour 7.7 MOF (déttes pour achat de biens et serv)
Total des capitaux étrangers à court terme	267'705'958	317'242'313	
Capitaux étrangers à long terme			
Dettes à long terme	190'968'043	189'250'469	
Autres dettes à long terme	38'962'998	28'561'278	Variation provision pour Rente-Port-AVS
Part du résultat à distribuer	7'150'097	7'122'778	25% du résultat CP 2016-2019 à distribuer à l'Etat en fin de CP
Provisions	17'401'333	21'269'303	Dissolution provision risque tarifaire de 3.8 MOF
Fonds de tiers affectés	181'237'947	149'441'262	Conservation 50% du solde CP 2012-2015 10 MOF - Augmentation rendement FACS & dons et legs 7 MOF
Total des capitaux étrangers à long terme	438'710'418	395'645'090	Financement de projet par des tiers (voir immo affectées)
Total des capitaux étrangers	706'416'376	712'887'403	
Capitaux propres			
Réserve affectée	79'609'223	309'224	Affectation de 79.3 MOF de la part à conserver des CP 2008-2011 et 2012-2015
Réserve à affecter	20'706'454	100'517'567	Affectation de 79.3 MOF de la part à conserver des CP 2008-2011 et 2012-2015
Part du résultat à conserver	21'450'293	21'368'334	75% du résultat CP 2016-2019 acquis en fin de CP
Dons & Legs	29'934'550	29'934'550	
Réserve de réévaluation (IFRSAS)	141'622'000	141'110'888	
Apports provenant de fusions	40'780'777	40'780'777	
Total des capitaux propres	334'103'297	334'021'340	
TOTAL DES PASSIFS	1'037'519'673	1'046'908'743	



Hospitaux
Universitaires
Genève

18

BILAN – IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Terrains d'exploitation	Immeubles et installations fixes CHF	Equipements biomédicaux CHF	Equipements autres et mobilier CHF	Equipements informatiques CHF	En cours CHF	Total CHF
Valeur brute							
Solde au 01.01.2017	156'573'250	93'672'138	301'407'506	77'814'903	110'142'868	2'700'441	742'311'106
Acquisitions	0	7'360'050	14'710'265	6'414'486	2'697'852	10'486'335	41'668'988
Mises en service	0	438'175	423'055	438'489	32'869	-1'332'578	0
Sorties - Mises au rebut	0	0	-8'973'083	-829'678	-1'184'333	0	-10'987'094
Solde au 31.12.2017	<u>156'573'250</u>	<u>101'470'363</u>	<u>307'567'743</u>	<u>83'838'199</u>	<u>111'688'246</u>	<u>11'854'198</u>	<u>772'983'000</u>
Amortissements cumulés							
Solde au 01.01.2017	0	-17'054'042	-195'359'783	-58'414'860	-95'660'884	0	-365'489'569
Amortissements	0	-3'452'707	-20'938'817	-6'110'450	-7'240'899	0	-37'743'874
Sorties	0	0	5'338'718	829'678	1'184'333	0	7'352'730
Solde au 31.12.2017	0	<u>-20'506'750</u>	<u>-210'960'882</u>	<u>-63'695'632</u>	<u>-101'717'450</u>	0	<u>-396'880'713</u>
Valeur nette au 31.12.2017	156'573'250	80'963'613	96'606'861	20'142'568	9'971'796	11'854'198	376'112'287

COMPTES D'INVESTISSEMENTS

	COMPTES 2017 CHF	BUDGET 2017 CHF	COMPTES 2016 CHF
Produits d'investissements			
Lois d'investissements	22'111'964	55'023'270	16'410'193
Autres produits	15'928'684		14'793'251
	<u>38'040'688</u>	<u>55'023'270</u>	<u>31'203'444</u>
Dépenses d'investissements			
Salaires et charges salariales	819'794		-513'215
Gros-œuvre	3'468'999		8'369'731
Second-œuvre	11'125'899		10'663'819
Acquisitions d'équipements	23'305'762		13'148'792
Honoraires et mandats	937'578		250'680
	<u>39'658'032</u>		<u>31'920'007</u>
Résultat des investissements annuels	-1'617'374		-716'563
Projets et travaux en cours			
Report de l'exercice précédent au 1.1.	-26'473		690'088
Report à l'exercice suivant au 31.12.	<u>-1'643'847</u>		<u>-26'473</u>

Date de dépôt : 5 juin 2018

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les députés,

A quoi donc sert un rapport de gestion ?

A simplement prendre acte d'un rapport fourni par un organisme subventionné en estimant que, ne pouvant rétroactivement agir sur un exercice écoulé, il n'y a d'autre perspective que d'en prendre acte ?

A considérer qu'un rapport de gestion rend compte non seulement de la manière dont l'établissement en question a été géré durant la période écoulée, mais également des conditions dans lesquelles il a dû exercer son activité ?

A mesurer parallèlement si les moyens dont dispose l'établissement concerné lui permettent de remplir sa mission et de répondre aux impératifs légaux auxquels il est soumis ?

Poser ces questions revient évidemment à y répondre. On ne saurait en effet imaginer que la production de ces rapports de gestion et leur présentation comme supports principaux de projets de lois appelant à leur approbation se réduisent à une simple formalité.

Dans le même ordre d'idée, on peut légitimement penser que la soumission des rapports de gestion au Grand Conseil offre l'opportunité aux députés de prendre connaissance du fonctionnement des organismes concernés, du contexte qui influe sur le déroulement de leurs activités et des contraintes et difficultés auxquelles ils sont confrontés.

C'est bien parce que la rapporteuse de minorité est convaincue que le rôle des parlementaires ne saurait se cantonner à créditer sans distance critique les rapports qui leur sont présentés – pas plus qu'il ne consisterait à imputer aux établissements de droit public la responsabilité exclusive des résultats des décisions politiques et budgétaires prises par le parlement – qu'elle présente ce rapport de minorité.

Une heure d'examen pour créditer la gestion du « supertanker » HUG

De fait, il n'aura fallu qu'une demi-séance de commission pour qu'une majorité de la commission de la santé approuve le projet de loi relatif à la gestion des Hôpitaux universitaires pour l'année 2017. Ce qui paraît pour le moins expéditif si l'on considère que les HUG sont l'un des établissements de droit public principaux du canton et qu'ils ont perçu en 2017 l'équivalent de près de 10% des charges du canton, soit 866 millions, et que leur rôle est essentiel et particulièrement complexe.

Cette précipitation a été motivée par la nécessité de voter rapidement cet objet afin qu'il puisse être intégré à la discussion prévue lors de la session de juin sur les comptes de l'Etat. Or, présenté tardivement aux députés et porté à l'ordre du jour de la séance du 18 mai, l'examen de ce projet de loi ne pouvait être que précipité.

Ainsi, s'attachant à une contrainte qui ne semble pas avoir valu pour d'autres, la majorité de la commission a refusé de procéder à toute audition, notamment celle des représentants du personnel des HUG.

Et si encore, par ailleurs, l'on pouvait penser que les choses vont bien !

Or ce n'est pas le cas. Et ce n'est pas la profession de foi du directeur qui affirme que « *les HUG se portent bien* » qui serait de nature à rassurer la rapporteuse.

Depuis de nombreuses années, notre Grand Conseil est régulièrement saisi soit par les organisations syndicales, soit par les médias des difficultés auxquelles sont confrontés le personnel ou certaines catégories de personnel.

Il convient donc de porter une attention particulière à ce qui se passe dans cet établissement. Il ne s'agit de loin pas de faire l'impasse sur les incommensurables défis auxquels sont confrontés les HUG, ni de négliger ou de minimiser leurs efforts et leur capacité à faire face à la complexité de leurs tâches, encore moins de ne pas valoriser leur capacité d'adaptation et d'innovation. Bien au contraire !

Mais s'il faut reconnaître aux HUG ce qui leur revient, il faut le faire dans sa globalité. Et également prendre en considération sans complaisance les aspects plus problématiques de la gestion de cette institution.

Ainsi, il est difficile d'entendre sans une certaine circonspection des informations relatives à une certaine « *colonisation de la psychiatrie* » par des placements issus de mesures pénales, au même titre que l'on ne peut manquer de s'interroger lorsque le directeur général relève « *certaines activités qui baissent assez singulièrement, notamment la psychiatrie où il y a*

7000 situations de moins, ce qui » serait « lié à une meilleure efficacité du système, mais aussi à la fermeture d'un CAPI, ce qui a conduit un certain nombre de patients qui fréquentaient cette structure à disparaître dans la nature. Il observe que l'on peut néanmoins en retrouver certains en psychiatrie, s'il y a tout d'un coup une crise, ou alors l'on peut partir du principe qu'ils vivent en société sans que cela pose de problèmes particuliers ».

Des conclusions qui semblent hasardeuses et des propos contradictoires avec la logique de prévention qui doit, en ce domaine comme en d'autres, prévaloir. Une manière d'appréhender ce phénomène qui semble faire peu de cas de ce que vivent ces patients et plus encore de ce à quoi doivent en l'occurrence faire face leurs proches.

Ce qui ne devrait manquer d'alerter les députés, au même titre que les plaintes que l'on entend régulièrement au sujet de lits placés dans les couloirs de Belle-Idée.

Une certaine efficacité, le prix à payer

Efficacité : on ne peut nier que les HUG ont privilégié cet aspect. Ce dont certains se félicitent. Si l'efficacité se distingue de l'efficacités, au sens où elle évoque le rapport entre les moyens engagés et les résultats obtenus, il s'avère cependant qu'elle peut avoir un prix. Alors, s'il est question des moyens engagés, ou sur ce point précis également des moyens disponibles, voyons le prix de cette efficacité et qui s'est principalement trouvé à devoir passer à la caisse.

D'aucuns s'accordent à constater que l'effet le plus visible de cette volonté de maximiser les moyens disponibles est de tableur sur un fonctionnement en flux tendu du personnel. Si les HUG doivent nécessairement rénover, agrandir leurs bâtiments et moderniser leur matériel, leur capital humain est quant à lui mis à rude épreuve si l'on s'en réfère aux témoignages du terrain.

Le taux d'absence, quand bien même la direction affirme qu'il a diminué et qu'il varie selon les secteurs, reste une préoccupation majeure exprimée par les syndicats. Cela d'autant plus qu'il induit un fort recours à des intérimaires. Ce dont convient la direction en indiquant qu'elle tend à restreindre le recours à ce moyen. Il n'empêche que la problématique d'un fort taux d'absence a des répercussions préjudiciables en cascade pour le personnel qui doit pallier l'absence de ses collègues jusqu'à ce qu'ils soient remplacés, soutenir et encadrer les remplaçants. Autant de tâches supplémentaires qui risquent fort de produire de nouvelles absences par « effet domino ».

Il va sans dire que ce genre de contexte impacte également la gestion des horaires, des heures supplémentaires, des congés, ainsi que la gestion du personnel sous tous ses aspects, etc.

En outre, ce type d'environnement n'est pas sans incidences sur la qualité et la quantité des prestations fournies. Dès lors, sans être en mesure de répertorier les difficultés vécues par le personnel et les conséquences des restrictions que doivent opérer les HUG, et pour cause, il apparaît indispensable à la rapporteuse de minorité que la commission de la santé réexamine le rapport de gestion des HUG pour identifier les problèmes qui se posent à eux et mesurer l'ampleur de leur incidence sur les prestations aux patients, les conditions de travail du personnel et le déploiement de la politique de la santé dans notre canton.

Enfin, énoncer les deux propositions d'une alternative qui consisterait soit à sortir du champ de la loi sur le personnel de l'administration publique, la LPAC, soit à réduire la quantité de personnel - en clair, soit payer moins le personnel, soit avoir moins de personnel - n'est pas audible. C'est objectivement un objectif de la majorité de droite d'affaiblissement du statut de la fonction publique qui place ainsi en opposition les intérêts des usagers et ceux du personnel. Cela n'en fait pas un principe de gestion pertinent, encore moins un signal politique judicieux à donner au personnel, au secteur privé, à la population.

Face au constat livré par le directeur général des HUG, à savoir que les HUG « *ont dû chaque année économiser 20 millions, lors des 3 dernières années, alors qu'ils avaient une augmentation du volume d'activité de 2%* », et aux éléments susmentionnés, il s'impose de vérifier précisément quelle est la situation sur le terrain en prenant en compte les points de vue de tous les protagonistes. Il est également urgent de mesurer l'impact des décisions budgétaires de ce parlement sur l'exercice des missions du service public et la gestion des établissements de droit public. Il faut enfin vérifier si les économies qui sont exigées des HUG ne finiront pas par se révéler particulièrement dispendieuses.

En l'état, le Grand Conseil n'est pas seulement juge, il est également partie à l'évaluation de la gestion de ceux-là en général, et des HUG en particulier.

C'est pourquoi la rapporteuse vous propose, Mesdames et Messieurs les députés, de renvoyer le projet de loi relatif à la gestion des HUG à la commission de la santé.