

*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 d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) pour l'année 2017**

### **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 de l'IMAD par ses représentants :**

- *M. Moreno Sella, président du conseil d'administration ;*
- *M<sup>me</sup> Marie Da Roxa, directrice générale ;*
- *M. Antoine Bazin, directeur projets stratégiques.*

M<sup>me</sup> Da Roxa remercie la commission et rappelle tout d'abord que Genève a été un canton précurseur, car en 1985 une IN populaire pour promouvoir l'aide et les soins à domicile a vu le jour, puis une loi entrée en force en 1991. Elle estime qu'il est important de voir que l'on est ainsi arrivé, à partir d'un vote populaire, à une évidence politique, alors que maintenant l'on se trouve devant les défis du vieillissement démographique qui sont devenus une exigence puis une réalité économique pour essayer de contenir les coûts en matière de prise en charge. Elle souligne que contenir ne signifie pas réduire et elle pense que l'on peut faire des efforts pour être plus efficace, mais elle ajoute que, lorsque l'on voit qu'il y a de plus en plus de personnes âgées et de

personnes malades, l'on voit bien que, au niveau de l'équation mathématique, il y a des évidences qui ressortent.

Elle relève ensuite que l'on est parti d'une IN très sectorielle, issue de milieux associatifs liés au caritatif et à l'Eglise, pour aller vers quelque chose de plus professionnel, avec un cadre cantonal, puis fédéral. Elle considère que le canton peut être fier de la réorganisation de ces multiples petites structures d'aides ménagères, de soins à domicile et de livraison de repas à domicile en une fusion successive de 26 associations, sous la forme de la FSASD en 1999, qui est en fait l'ancêtre de l'IMAD, devenu un établissement public autonome en 2013 et l'une des 6 régies publiques principales.

Concernant l'évolution des besoins et des prestations attendues, M<sup>me</sup> Da Roxa relève que les constats sont quasiment les mêmes au niveau cantonal et fédéral, mais elle souligne que le canton de Genève a pris néanmoins de l'avance sur le dispositif de maintien à domicile. Elle précise que, d'ici 2030, la proportion des plus de 80 ans à Genève va doubler ; elle rappelle que 1 personne sur 3 de plus de 80 ans est suivie par l'IMAD, et 1 personne sur 2 de plus de 90 ans. Elle observe que l'on voit aussi arriver une explosion des maladies chroniques et des problématiques de santé mentale, ce qui conduit à une complexification des prises en charge et des polymorbidités, ce qui fait qu'il y a un report sur les soins à domicile. Elle ajoute que l'on a donc un enjeu majeur qui est celui de passer d'un système organisé autour des soins aigus et de l'hôpital vers un réseau de soins coordonné et de proximité qui permette aux gens de rester à domicile en bonne santé le plus longtemps possible.

Elle souligne que, au niveau fédéral, le rapport du CF de 2016 s'attend à un triplement des coûts des soins longue durée et à un besoin de 17 000 postes en plus dans le domaine de la santé d'ici 2045, et elle relève que c'est exactement la même chose sur le canton de Genève. Elle observe que, malgré les efforts fournis tant au niveau des institutions que des écoles, du Conseil d'Etat et du Grand Conseil, ce sont 25 infirmières et 25 ASSC qu'ils recherchent à l'IMAD en permanence, ce qui signifie une charge supplémentaire pour les collaborateurs. Elle explique ensuite que, au niveau du cadre de référence, leur mission est inscrite dans la loi sur les réseaux de soins et de maintien à domicile, qu'en termes de gouvernance et d'organisation il s'agit de la LOIDP et de la loi sur l'institution de maintien à domicile ; elle souligne en outre que le contrat de prestations court de 2016 à 2019. Elle rappelle ensuite que la commission a le PL 12263 et le PL 12186 en suspens à son ordre du jour et que ces objets sont très importants pour l'IMAD. Elle observe qu'ils ont une obligation d'admettre et donc que l'IMAD a la responsabilité de répondre aux besoins, quelle que soit la situation au niveau des charges de travail des équipes et quel que soit le lieu où habite la personne,

sa fortune, etc. Elle relève que cela constitue un facteur additionnel de pénibilité en termes de pression et de changement de planning.

M<sup>me</sup> Da Roxa souligne que l'IMAD dispose de beaucoup de métiers différents : infirmières, ASSC, aides-soignants, aides à domicile, ergothérapeutes, diététiciens, etc., ce qui permet une prise en charge pluridisciplinaire et nécessite une coordination avec tous les partenaires de l'IMAD, mais aussi déjà au sein même de l'IMAD. Elle rappelle ensuite qu'ils fonctionnent 24h/24, 7j/7 sur tout le canton. Elle précise que l'IMAD applique la LPAC, tant au niveau des grilles salariales qu'au niveau du statut du personnel de l'Etat, et elle ajoute qu'il y a eu des conséquences assez dramatiques de la révision de la LAMal en 2011 sur le financement des soins longue durée ; elle pense qu'on va payer à un moment donné le prix cher au niveau cantonal, au sens propre comme au sens figuré. Elle constate que des changements s'appliquent dans le financement des soins à domicile, avec une liste d'actes qui sont acceptés et dont les tarifs sont bloqués depuis 2011, alors que tout le reste est considéré comme du financement résiduel et bascule à la charge du canton. Elle relève qu'un arrêté récent donne raison aux assureurs et dit que le matériel de soins mis à disposition par l'IMAD n'a pas à être payé par l'assureur, en plus de la facturation des soins, ce qui va constituer à nouveau un report de charges massif sur le canton.

Elle indique par ailleurs que, lorsque l'on est médecin ou physiothérapeute, la notion de frais de déplacement est prise en compte alors qu'elle ne l'est pas lorsque l'on est infirmière ou aide à domicile. Elle précise que ces déplacements représentent pourtant pour l'IMAD 300 000 heures par année qui viennent à charge du financement au niveau du canton. En outre, elle souligne qu'il y a une quasi-absence de prise en compte des prestations de coordination ; or, elle relève que ces temps de coordination sont justement essentiels pour éviter de se retrouver avec des hospitalisations en temps de crise. Elle reconnaît volontiers tout le soutien de M. Poggia et de la DGS à ce sujet, mais elle n'est pas sûre qu'ils soient entendus du côté de Berne. Elle relève par ailleurs l'hérésie de ce qui s'est passé au 1<sup>er</sup> janvier 2018 : des médecins qui disent ne plus avoir le temps de se coordonner avec l'IMAD pour des raisons de Tarmed. Concernant le minutage, au-delà des aspects de convivialité du personnel que procureraient des temps de battement, elle se demande jusqu'où l'instauration du minutage imposé par le financement des soins longue durée en 2011 va les pousser.

Elle précise qu'ils n'ont que 10 minutes pour préparer un pilulier, qu'il y ait 4 ou 18 médicaments à préparer. Elle souligne que l'on arrive donc à des limites de logique autour de la complexité des patients qu'ils suivent, dont 40% sont suivis 6 ou 7j/7. Elle précise qu'en moyenne, leurs patients prennent

7 substances différentes, ce qui nécessite une coordination avec les médecins et les pharmaciens. Elle insiste sur ces questions de minutage et rappelle qu'il s'agit d'une invention du financement de 2011 et pas de l'IMAD. Elle pense que cela va avoir des effets très délétères.

M<sup>me</sup> Da Roxa évoque ensuite les 3 missions de l'IMAD : soutenir, soigner et former. Elle explique qu'il s'agit d'aider les personnes à maintenir leur autonomie, prévenir la perte d'autonomie ou alors les soutenir lorsqu'elles sont malades ou qu'elles ont perdu cette autonomie. Elle relève que 59% des personnes qu'ils suivent sont sujettes à des risques de chute, ce qui constitue le premier facteur d'hospitalisation pour les personnes âgées. Elle explique que la mission de soutenir et de soigner doit être faite en partenariat avec le patient, le proche aidant et les médecins. Elle ajoute que 6 patients sur 10 ont un ou plusieurs proches aidants et 13% des patients disent que leur proche aidant est épuisé, mais elle considère que la vision du patient est néanmoins largement sous-estimée. Par ailleurs, elle aborde la formation et considère qu'il existe un besoin vital de continuer à former des jeunes pour qu'ils puissent entrer sur le marché du travail, mais aussi en tant qu'entreprise délivrant des prestations de soins et qui doit compter sur ce renouvellement des professionnels.

M<sup>me</sup> Da Roxa souligne ensuite que leurs prestations vont des soins infirmiers aux soins de base, en passant par l'hospitalisation à domicile, mais que c'est aussi de l'ergothérapie, de la prévention, des unités d'accueil temporaires (avec 39 lits qui permettent aux proches aidants de souffler), du répit aux familles et des veilles. Elle rappelle que, lorsqu'un diagnostic de cancer par exemple est posé chez un enfant, l'équilibre du couple, de la fratrie et de la famille est en jeu. Elle explique qu'ils ont pu développer une prestation sur mesures pour pouvoir accueillir 25 à 28 familles par année ; elle souligne que le retour qu'ils ont eu montre que les choses peuvent changer, grâce à cette mesure, en termes de difficultés devant ce type de diagnostic. Au niveau de l'aide pratique, elle précise que, avec le premier train LRT de répartition canton-communes, la question de l'aide pratique et de proximité a été posée d'une manière assez claire : l'aide pratique est faite à domicile par l'IMAD et est nécessaire pour prévenir la perte d'autonomie ou doit permettre une prise en charge de soins.

Elle souligne que l'on ne se trouve donc pas dans des prestations de confort et elle précise que leurs aides à domicile ne sont pas des femmes de ménage, comme certains pourraient le croire, mais des personnes formées à l'observation et à la coordination avec les autres professionnels de l'IMAD. Elle ajoute qu'ils ont des outils d'évaluation cliniques qui permettent d'évaluer quels sont les besoins de la personne. Elle indique ensuite que les IEPA permettent de suivre 1400 personnes dans 23 immeubles et ainsi de faire le

relais entre le domicile ordinaire qui n'est plus adapté et l'institutionnalisation. Elle relève qu'à Genève il y a 47,7 lits pour 100 habitants de plus de 65 ans, alors que la moyenne suisse est à 63,1. Elle précise qu'il existe aussi un enjeu pour accompagner les gens dans leur habitat ordinaire à travers l'évolution des appartements.

M<sup>me</sup> Da Roxa souligne qu'ils ont, sur tout le canton, 4 centres de maintien à domicile, qui regroupent 25 antennes, qui regroupent elles-mêmes 52 équipes. Elle précise qu'ils ont aussi une arcade aux HUG qui permet de donner des informations, faire la liaison et préparer la sortie d'hôpital. Elle évoque en outre les 23 IEPA, les 2 UATR et les 300 000 heures de déplacement. Au niveau de la formation, elle indique que l'IMAD s'est engagé dans la formation des apprentis ASSC et qu'ils ont, au cours des 5 dernières années, formé 290 ASSC ; un travail qui s'est fait en validation d'acquis. Elle ajoute que l'on est passé à 80 apprentis ASSC pour septembre 2018, ce qui montre selon elle l'importance qu'ils donnent à la relève et à la pénurie de professionnels de la santé. Elle ajoute que cela ne va cependant pas suffire et qu'il va falloir encore accueillir d'autres apprentis ASSC et stagiaires HES.

Elle affirme par ailleurs qu'il faut des formations continues claires en adéquation avec l'évolution des techniques de soin. Elle ajoute que, en 2017, 20 000 journées de formation ont été délivrées. Elle souligne qu'ils veulent contribuer à une réinsertion professionnelle, qu'ils ont engagé, entre 2014 et 2017, 151 chômeurs et qu'ils continuent d'une manière très claire à passer par l'OCE pour tous les profils qui ne sont pas des soignants. En outre, elle souligne qu'ils entendent développer et partager l'expertise avec la Haute école de santé, la faculté de médecine, etc., parce qu'elle considère qu'ils sont les porte-drapeau de la logique d'évolution des modèles de prises en charge et de soins, à travers par exemple la publication du guide de la dénutrition qui vient de sortir. Elle précise qu'il est important de pouvoir agir sur la dénutrition des personnes âgées (dont le risque est avéré pour une personne de plus de 90 ans sur 3) qui est un grand facteur de chute.

Elle évoque ensuite quelques chiffres : 635 000 heures de soins en 2017, 486 000 repas livrés, 4184 appareils de sécurité à domicile (boutons poussoir), 1440 locataires dans les 23 IEPA, 6800 prestations par jour avec une augmentation des passages le week-end. Elle précise que 17 200 clients ont été suivis en 2017, dont 75% ont atteint l'âge de la retraite, un sur 2 à plus de 80 ans, 58 centenaires, 38% des clients suivis 6 ou 7 j/7 et, selon une enquête de satisfaction, 97% de leurs clients estiment que les prestations de l'IMAD répondent à leurs besoins, qu'ils sont traités avec dignité et qu'ils se sentent écoutés et respectés. Elle observe qu'il y a néanmoins un bémol au niveau de

la qualité des repas fournis par les cuisines des hôpitaux et elle indique qu'ils vont essayer d'améliorer les choses pour que les repas soient plus appétissants.

Au niveau des collaborateurs, M<sup>me</sup> Da Roxa relève que, sur les 2200 collaborateurs, 90% sont sur le terrain, qu'il y a 83% de femmes, 71,5% de collaborateurs à temps partiel et seulement 7% de cadres. Elle précise que ce taux est le plus faible de l'appareil étatique et elle estime que ce taux d'encadrement n'est pas suffisant pour répondre aux besoins de soutien et d'encadrement des collaborateurs. Elle rappelle que 1400 collaborateurs sont dans des fonctions reconnues à pénibilité par la CPEG. Elle indique avoir beaucoup de reconnaissance et d'admiration pour le travail qui est effectué par les collaborateurs de l'IMAD. Au niveau des finances 2017, elle indique que, sur un budget de 234 millions, au vu de ce qu'elle a dit sur les tarifs bloqués et la facturation LAMal, on est à 71 millions de produits de la facturation, que le gros vient de la subvention cantonale en financement résiduel (90% de leur budget) en charges de personnel, ce qui donne une incidence lorsque des mécanismes salariaux sont accordés, avec des effets de levier énormes. Elle souligne que l'on arrive ainsi à un résultat 2017 de 6 millions de déficits.

Elle précise que, de 2011 à 2015, l'IMAD a fait 26 millions en gain d'efficacité, mais que, à partir de fin 2016, ils ont commencé à avoir un déficit croissant jusqu'à 2017. Elle ajoute que, pour l'année 2018, ce sont 4,8 millions de déficits qui sont programmés, ce qui signifie que, d'ici à la fin de l'année, les fonds propres de l'IMAD seront complètement épuisés et donc qu'il va falloir à un moment déterminer quelle va être la suite à donner, d'où le lancement de la dynamique de plan stratégique. Elle relève ensuite qu'il n'y a pas de possibilités de faire du maintien à domicile sans la collaboration des proches aidants, des médecins, des pharmaciens, des associations, des communes, des ligues, des « Pro » (Pro Senectute,...), etc. Elle pense qu'il est important que l'on puisse fédérer tout ce monde au travers de plans cantonaux. Au niveau des soins palliatifs, elle souligne que 63% de leurs patients se plaignent de douleurs fortes à très fortes et elle ajoute que la douleur maîtrisée fait partie de la qualité de vie.

M<sup>me</sup> Da Roxa relève ensuite qu'il y a donc une complexification des prises en charge, mais aussi des proches aidants qui sont épuisés et une montée des exigences, avec une logique de société qui évolue par rapport à la tolérance que l'on a vis-à-vis de l'autre ; elle pense qu'il faut prendre en compte cela, notamment au niveau des enjeux de coordination. Elle considère qu'ils doivent pouvoir donner du temps aux collaborateurs pour qu'ils soient dans cette relation. Elle rappelle que les métiers de soins sont des métiers de l'empathie à l'autre et elle indique qu'elle se permet donc de critiquer à nouveau le système de financement de soins longue durée basé sur le minutage.

Concernant leurs collaborateurs, elle relève qu'il y a une surcharge d'activités, des métiers pénibles, mais aussi une évolution, car les générations XY arrivent avec des exigences au niveau de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, ce à quoi ils doivent pouvoir s'adapter.

Elle ajoute ensuite que la transition numérique est bien là et que l'on doit donc être les garants de la sécurité des données qui vont être traitées et de l'éthique avec laquelle on va les traiter, de manière à ce que cette transition soit faite pour l'humain et la facilitation des communications. Elle ajoute que ces éléments doivent être pris très au sérieux. Au niveau des gérontechnologies, elle souligne être confiante sur le fait que ce ne seront pas des robots qui vont donner des soins à domicile, mais elle observe cependant que l'on va pouvoir, avec ces technologies, éliminer un certain nombre d'opérations qui ne sont pas potentiellement utiles ; elle donne l'exemple de détecteurs sous les lits pour permettre de prendre automatiquement le poids des personnes au lieu d'obliger ces dernières à se peser à intervalle régulier, avec les complications que cela comprend.

### *Questions des commissaires*

Un commissaire PLR désire revenir sur le travail fait au niveau de l'identification d'un descripteur de fragilité et il observe que ces données sont obtenues à partir d'un outil d'évaluation ; il demande de quel outil il s'agit.

M<sup>me</sup> Da Roxa lui répond que c'est l'outil d'évaluation RAI.

Un commissaire PLR demande si l'on pourrait imaginer une forfaitisation de leurs prestations pour ne pas continuer à s'enterrer dans un modèle de facturation au minutage qui montre ses limites.

M<sup>me</sup> Da Roxa considère que c'est une vaste question et elle souligne qu'elle n'en connaît pas assez sur l'évolution du système. Elle pense que l'on aura peut-être, en septembre 2018, l'évaluation du financement des soins longue durée de 2011, qui devait initialement être rendue en 2016. Elle pense, compte tenu du niveau des primes, que le CF ne sera pas très proactif pour améliorer le financement des soins de longue durée.

M. Bron souligne que la structure tarifaire actuelle est simple puisqu'elle est fixée dans l'ordonnance sur les prestations d'assurances obligatoires des soins et qu'elle établit un financement en fonction du nombre de minutes passées, selon la nature de la prestation. Il relève qu'ils ont beaucoup essayé de faire évoluer cela, mais que cela n'a pas, pour le moment, porté ses fruits.

Un commissaire S aborde le taux d'absentéisme et désire des précisions à ce sujet.

M<sup>me</sup> Da Roxa lui répond que c'est en effet un sujet récurrent dans le domaine des métiers de soins, lesquels sont encore plus pénibles à domicile, car l'on a affaire à des situations où l'on est isolé, que l'on ne dispose souvent pas des moyens auxiliaires nécessaires pour protéger son dos. Elle ajoute que le contrat de prestations stipule que, malgré l'obligation d'admettre, si l'on se trouve dans un refus de moyens auxiliaires qui met la santé de leurs collaborateurs en péril, l'IMAD peut alors refuser des prises en charge car il en va aussi de sa propre responsabilité en tant qu'employeur. Elle ajoute que les collaborateurs se déplacent tous les jours par n'importe quel temps, à pied, à vélo ou, dans une moindre mesure, en voiture. Elle souligne en outre que la tournée d'un collaborateur, le matin même, peut être réorganisée, ce qui génère de la pression, du stress, des logiques émotionnelles et elle ajoute que l'on a beau insister sur l'importance d'organiser des colloques et des séances de débriefing, il s'agit de réalités-métiers difficiles.

Elle précise que le taux d'absence est aujourd'hui de 11%, avec environ 1,6% de congés maternité ou prématernité. Elle ajoute que la prématernité dans les métiers difficiles conduit à un arrêt déjà au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> mois. Elle évoque en outre la montée des accidents non professionnels (1,8% pour tous les accidents professionnels et non professionnels). Elle relève qu'il y a 7,7% d'absences maladie, avec des absences longue durée de plus de 30 jours, puis des absences entre 3 et 30 jours et enfin les absences perlées. Elle observe que ces dernières relèvent de la fatigue, d'une problématique de santé ou alors d'autre chose. Elle explique qu'ils ne sont pas là pour juger, mais qu'ils ont mis en place un plan d'action pour traiter l'absence et résoudre les questions de solidarité entre les collaborateurs.

Un commissaire S demande si ce taux augmente ou s'il est stable ; il demande en outre s'il existe des mesures visant à réduire la pénibilité du travail.

M<sup>me</sup> Da Roxa pense que, d'ici à la fin de l'année, ils seront en mesure de dire quel est le taux incompressible d'absences à l'IMAD en lien avec la pénibilité du travail. Elle entend faire la promotion de la santé de leurs collaborateurs et elle précise en outre qu'un soignant va toujours très loin avant de tirer la sonnette d'alarme. Elle précise que, à très court terme, ils agissent en tant qu'employeur, mais que des choses cependant leur échappent. Elle indique que ce pourcentage était à ce même niveau en 2011, qu'il a légèrement baissé par la suite et que, maintenant, on est de nouveau remonté à peu près au niveau de 2011.



## Présentation du plan stratégique de l'IMAD

M<sup>me</sup> Da Roxa indique que, en 2017, ils ont commencé une réflexion pour savoir comment préparer l'avenir. Elle explique qu'il s'agit d'une vision : chacun devrait pouvoir bien vivre à son domicile le plus longtemps possible. Elle relève qu'il y a 3 moteurs : un état d'esprit qui est leur orientation clients, une richesse grâce à l'expertise et l'engagement des collaborateurs, un changement de paradigme allant de la consolidation à la transformation de l'institution. Elle précise à ce sujet que l'énergie qui a été mise pour arriver à changer un tout petit peu les choses était jusqu'alors complètement disproportionnée et donc qu'ils ont décidé de passer à autre chose et de trouver de nouvelles manières de travailler en proximité. Elle explique ensuite qu'il y a 9 objectifs stratégiques (culture, itinéraire, expertise, entreprise magnétique, leadership, compétences, transition numérique, efficacité, ensemble), mais elle ajoute qu'il ne s'agit toutefois pas de recettes de cuisine. Elle souligne que le maître-mot du plan stratégique est « ensemble », ce qui nécessite de pouvoir développer toute la logique de prévention et de coordination. Au niveau des objectifs, elle considère qu'il faut retrouver du sens dans ce qu'ils font et que cela est essentiel pour l'institution, les clients, les collaborateurs et les partenaires. Elle pense qu'il est notamment essentiel de fédérer à travers une communication interne.

Elle ajoute que les enjeux de continuité de la prise en charge sont très importants. Au niveau de l'expertise, elle souligne que trouver des partenariats avec les milieux académiques est aussi quelque chose d'important pour pouvoir valoriser un certain nombre de nouveaux pilotes et de nouvelles prises en charge, mais aussi au niveau de l'habitat connecté et sécurisé. Concernant l'entreprise magnétique, elle explique qu'il s'agit d'attirer les collaborateurs à l'IMAD et que ceux qui y travaillent soient fiers d'en faire partie. Elle constate que, actuellement, il faut arriver à trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle et donc qu'ils entendent aussi être un employeur attractif à ce niveau. Concernant le leadership, elle précise qu'il s'agit de l'exigence dans la bienveillance et de la bienveillance dans l'exigence. Elle souligne que les responsables de proximité sont souvent d'anciens infirmiers, d'anciens collaborateurs du terrain, etc., et elle estime qu'ils se doivent de pouvoir les accompagner en termes de formation en leadership. Elle ajoute ensuite que la notion de compétences vise avant tout à adapter notre capacité de formation et de développement.

Au niveau de la transition numérique, elle explique qu'il s'agit de pouvoir utiliser les nouvelles technologies avec éthique et sécurité ; elle précise que, au niveau de l'efficacité, il faut avoir des modèles d'organisation qui puissent assurer la pérennité de leurs prestations et avoir de bons équilibres dans la

répartition des postes. Enfin, elle souligne qu'ils misent sur l'intelligence collective et pense que ce n'est qu'ensemble qu'ils vont trouver de nouvelles solutions. Elle explique qu'ils vont donc vers les collaborateurs pour qu'ils puissent poser des questions sur le plan stratégique et faire des propositions. Elle ajoute que ces séances avec les collaborateurs sont prises d'assaut et qu'ils en ont déjà organisé 14. Elle insiste sur ce point, car elle pense qu'on doit prendre en compte les idées et les propositions de bas en haut et de haut en bas. Enfin, elle souligne que tout ce travail vise au final à avoir une réponse de qualité à visage humain.

### *Questions des commissaires*

Un commissaire S remercie pour le travail fait à l'IMAD, mais il observe qu'il n'a pas entendu combien de postes en plus ils auraient besoin pour que les collaborateurs aient moins de souffrance au travail.

M<sup>me</sup> Da Roxa lui répond que, pour réduire les souffrances, il faudrait qu'elle trouve les personnes pour les 50 postes qu'elle a déjà à disposition. Elle souligne qu'ils n'arrivent pas à trouver les collaborateurs et que, si l'on doit aller les chercher de plus en plus loin, le déplacement du domicile au lieu de travail continuera à contribuer à la pénibilité du travail. Elle pense qu'il faut pouvoir monter en puissance le dispositif au niveau cantonal pour avoir des ressources. Elle souligne qu'il y a 150 candidatures pour les 27 postes d'apprentis pour la rentrée de septembre 2018, ce qui signifie qu'il y a de l'envie. Elle répète qu'ils recherchent en permanence 25 ASSC et 25 infirmières.

Un commissaire S pense qu'il y a des personnes susceptibles de faire des relais qui pourraient peut-être soulager le week-end ; il se demande donc si l'on pourrait imaginer une articulation avec les proches aidants, pour à chaque fois identifier quelle est la personne-ressource qui pourrait effectuer certaines tâches simples qui permettraient d'éviter un déplacement de l'IMAD, comme par exemple mettre des bas de contention.

M<sup>me</sup> Da Roxa souligne qu'ils travaillent actuellement sur des pilotes pour un élargissement des notions de délégation. Elle relève qu'il faut imaginer une nouvelle vision d'une cascade de délégations dans laquelle une aide à domicile pourrait par exemple se charger de mettre des bas de contention, ce qui permettrait d'avoir des ASSC qui pourraient prendre en compte des situations stables de manière plus large. Concernant les proches aidants, elle considère qu'ils ont besoin d'informations, de répit, d'être formés et, en dernier lieu, qu'on les finance ; elle souligne que ce n'est donc pas de cela dont ils ont besoin en premier. Elle estime que les éléments de formation sont

fondamentaux à la fois pour les collaborateurs, les proches aidants et les patients eux-mêmes.

Un commissaire MCG demande si les 11% d'absences sont issus de personnes sur le terrain ou alors aussi de personnes qui ne sont pas en contact avec les patients.

M<sup>me</sup> Da Roxa précise que les professions les plus représentées dans les absences sont les infirmières, les ASSC et les aides-soignantes ; elle souligne qu'elle n'a pas de chiffres pour les postes administratifs, mais qu'elle les communiquera à la commission par la suite.

Un commissaire MCG demande quel est le trajet moyen de leurs employés entre leur domicile et leur lieu de travail.

M<sup>me</sup> Da Roxa souligne qu'ils ne l'ont pas calculé, mais elle ajoute que de plus en plus de collaborateurs commencent à se demander s'ils vont rester à l'IMAD car, chaque année, ils doivent avancer leur réveil de 10 minutes en prévision des bouchons pour arriver à Genève.

Un commissaire MCG demande d'où proviennent les bases légales ordonnant le minutage du temps de travail auprès des patients.

M<sup>me</sup> Da Roxa lui répond que ce sont des bases légales provenant de l'ordonnance fédérale sur l'assurance des soins de base.

Un commissaire PLR demande si leur plan stratégique s'est déjà traduit dans un plan d'action, compte tenu du fait que l'on est déjà à la mi-2018.

M<sup>me</sup> Da Roxa explique que la démarche qu'ils font aujourd'hui vise à rencontrer tous les collaborateurs qui veulent participer et elle relève qu'ils sont de plus en plus nombreux. Elle désire que la transformation se fasse donc avec ses collaborateurs ; elle souligne qu'ils avaient imaginé que le deuxième semestre 2018 pourrait servir à structurer les plans d'action et commencer à les déployer en janvier 2019, mais elle pense que cela va vraisemblablement être décalé de quelques mois.

## **Questions des commissaires concernant le rapport d'activité de l'IMAD 2017**

Le président a une question concernant la liste de matériel LiMA ; il demande si les pansements sont dans ce matériel.

M<sup>me</sup> Da Roxa lui répond par l'affirmative.

Le président souligne qu'il devient impossible de prendre en charge des plaies sur un traitement longue durée, car au bout d'un moment les assurances ne paient plus et certains patients n'ont plus les moyens de payer ces frais.

M<sup>me</sup> Da Roxa souligne que, auparavant, le matériel qu'ils amenaient était facturé au patient et qu'il y avait une partie du matériel acheté par le patient qui était utilisé par l'IMAD. Aujourd'hui, l'IMAD n'a plus le droit d'utiliser ce matériel, ni le droit de facturer le matériel qu'ils amènent.

M. Poggia indique que, si l'on est dans le cadre des soins à domicile, l'IMAD doit donner du matériel et c'est là qu'il y a un manque financier pour lequel l'on se retourne vers le canton. Il ajoute que, si le patient va acheter le matériel avec une ordonnance médicale, en principe ce matériel est remboursé.

M<sup>me</sup> Da Roxa souligne que c'était le cas jusqu'à maintenant, mais qu'à l'avenir ce ne sera plus comme ça.

Un commissaire UDC souligne que les prix du matériel ne sont pas fixes, tout comme pour la parapharmacie, que les pharmaciens peuvent faire les prix qu'ils veulent et que les assurances ont donc fixé des quotes-parts qu'elles remboursent. Il ajoute que certains pansements sont par exemple à 7 F et comprennent environ 50 centimes qui sont à la charge du patient. Néanmoins, il observe que certains pansements sont beaucoup plus chers et que le prix, pour ces produits, reste libre. Il observe que, si le pharmacien décide de vendre le produit 20 F plus cher, alors cela sera à la charge du patient.

M. Poggia pense que le patient pourrait alors se retourner contre le pharmacien qui doit normalement informer son patient du fait que le pansement n'est pas intégralement remboursé par l'assurance.

Un commissaire UDC considère que la problématique est plus complexe ; il prend l'exemple de l'oxygène dont le prix est d'environ 150 F à la location pour le pharmacien, alors que le remboursement des assurances est fixé à 100 F et n'a pas bougé depuis 20 ans. Par ailleurs, il observe que le remboursement des pansements prévu par la caisse maladie peut être très serré, voire parfois inférieur au prix d'achat.

Le président observe qu'il y a une limite vers le haut au niveau des remboursements et donc que des patients se retrouvent avec des soins qu'ils ne peuvent plus recevoir.

M. Poggia ne pense pas que la limite se trouve dans la loi, dans les cas où les soins nécessitent ce matériel.

Le président lui répond que c'est pourtant cela qui se passe.

Les représentants de l'IMAD se retirent.

## Vote

### 1<sup>er</sup> débat

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 12336 :

Oui :	12 (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 1 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
Non :	—
Abstentions :	—

**L'entrée en matière est acceptée.**

### 2<sup>e</sup> débat

Le président procède au vote du 2<sup>e</sup> débat :

art. 1 : pas d'opposition, <b>adopté</b>
--

### 3<sup>e</sup> débat

Le président met aux voix l'ensemble du PL 12336 :

Oui :	12 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 3 PLR, 2 MCG)
Non :	—
Abstentions :	1 (1 UDC)

**Le PL 12336 est accepté.**

## Conclusions

Mesdames et Messieurs les députés, la commission de la santé unanime vous invite à accepter le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) pour l'année 2017.

## **Projet de loi (12336-A)**

### **approuvant le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) 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 les articles 18, alinéa 2, lettre k, et 32, alinéas 2 et 3, de la loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011;  
vu l'article 20 du règlement sur l'établissement des états financiers, du 10 décembre 2014;  
vu le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile pour l'année 2017;  
vu la décision du conseil d'administration de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile du 15 mars 2018,  
décrète ce qui suit :

#### **Article unique Rapport d'activité**

Le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) pour l'année 2017 est approuvé.



## Présentation à la commission de la santé du Grand Conseil, 18 mai 2018

institution de maintien, d'aide et de soins à domicile

## Le maintien à domicile à Genève

- Une histoire
- Une actualité
- Un futur

## Le maintien à domicile

- Du vote populaire à l'impératif économique
- De l'initiative sectorielle à la mise en place d'un cadre législatif fédéral et cantonal
- De la FSASD à **imad**

## Evolution des besoins et des prestations attendues

- Augmentation de la population
- Vieillesse de la population et perte d'autonomie
- Augmentation des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale
- Complexification et alourdissement des prises en charge, polymorbidités
- Virage ambulatoire



## Notre cadre de référence : 4 lois

- **Mission**

Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDOM – K 1 06)

- **Gouvernance & Organisation**

Loi sur l'organisation des institutions de droit public (LOIDP – A 2 24)

Loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (LIMASD – K 1 07)

- **Prestations**

Un contrat de prestations 2016-2019 (L 11844)

## Spécificités

- Premier prestataire de soins à domicile sur le canton de Genève (24h/24 et 7j/7)
- Une obligation d'admettre
- Des équipes pluridisciplinaires de proximité
- Révision LAMal 2011: financement sld inadapté
- Application de la LPAC

## Une mission

- Accompagner tout au long de leur parcours de vie des personnes atteintes dans leur autonomie ou leur santé
- Contribuer à préserver l'autonomie et la qualité de vie à domicile

Soutenir

Soigner

Former

7

- Soins infirmiers
- Soins de base
- Hospitalisation à domicile (HAD)

Ligne d'accueil des demandes (LAD)

- Ergothérapie
- Prévention

Liaison

- Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)
- Répit aux familles
- Veilles

- Aide pratique
- Diététique et repas
- Sécurité

- Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

8

## imad sur tout le canton

### CANTON DE GENÈVE

#### Zones des centres de maintien à domicile

CAROUGE

PÂQUIS

EAUX-VIVES

ONEX

Siège social

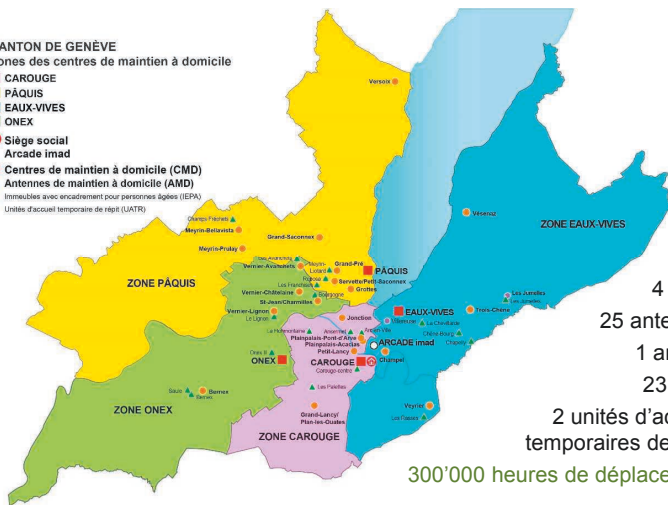
Arcade imad

Centres de maintien à domicile (CMD)

Antennes de maintien à domicile (AMD)

Immédiales avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)



4 CMD

25 antennes

1 arcade

23 IEPA

2 unités d'accueil  
temporaires de répit

300'000 heures de déplacement

9

## Former

Formation de professionnels  
dans le domaine de la santé  
à domicile

Développement de  
la formation modulaire  
en emploi

Partage de l'expertise  
avec les HES et le monde  
académique

Acteur de la politique  
étatique en matière de  
formation et réinsertion

10

## Chiffres-clés 2017

## Les prestations

635'514

heures de soins

4'184

appareils sécurité à domicile

333'298

heures d'aide pratique

10'290

journées d'hébergement  
en UATR

486'002

repas livrés  
(domicile, IEPA)

1'440

locataires (IEPA)

6'800 prestations par jour

## Chiffres-clés 2017

## Les clients

17'200

clients en 2017

105 ans

l'âge de la doyenne

75%

ont atteint l'âge  
de la retraite

38%

sont suivis 6 ou 7 jours sur 7

50%

ont plus de 80 ans

97%

estime que les prestations  
de **imad** correspondent à  
leurs besoins

## Les collaborateurs

+ de 2'200  
collaborateurs

83%  
femmes

+ de 90%  
collaborateurs  
soignants  
et exploitation

71,5%  
temps partiels

7%  
proportion de cadres

13

## Les finances

Budget 234 mio

Produits de la facturation 71,1 mio

Indemnités cantonales (subvention) 161,8 mio

Charges en personnel 215,7 mio

Résultat de l'exercice 2017 - 6 mio

14

## Réseau et collaboration

- Participation à l'élaboration et mise en œuvre de plans cantonaux
- Coordination et forte collaboration avec les autres intervenants du réseau (AMG, HUG, Pharmagenève, associations, etc.)
- Approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire (prise en charge globale d'un client)

15

## Nouvelles réalités

- Chez nos clients
- Chez nos collaborateurs
- Dans notre environnement

16

# cap'139

Notre plan stratégique  
à l'horizon 2022



## Une vision



Chacun devrait pouvoir  
bien vivre à son domicile  
le plus longtemps possible

19

## 3 moteurs indissociables



**Un état d'esprit**  
Notre  
orientation  
clients



**Une richesse**  
L'expertise et  
l'engagement  
de nos  
collaborateurs

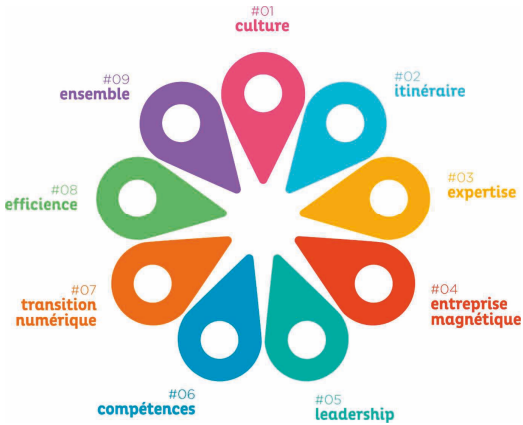


**Un changement  
de paradigme**  
De la consolidation  
à la transformation  
de notre institution

20



## 9 objectifs stratégiques



21

### En conclusion

Les soins et le maintien à domicile :  
une réponse de qualité à visage humain





Questions ?



Merci de votre attention

Institution genevoise de maintien à domicile  
[www.imad-ge.ch](http://www.imad-ge.ch)