

*Date de dépôt : 4 juin 2018*

## **Rapport**

**de la commission de contrôle de gestion chargée d'étudier la proposition de motion de M<sup>me</sup> et MM. Thomas Bläsi, Stéphane Florey, Christina Meissner, Patrick Lussi, Marc Falquet, Bernhard Riedweg, Christo Ivanov, Bertrand Buchs, Norbert Maendly, Pierre Conne : Fuite des cerveaux aux HUG : arrêtons l'hémorragie !**

**Rapport de M. Charles Selleger**

## Table des matières

Introduction.....	3
Texte du projet de motion.....	3
Présentation de la motion par les auteurs du projet.....	4
Audition de M <sup>e</sup> François Canonica, président du conseil d’administration (HUG), de M. Bertrand Levrat, directeur général (HUG), et du professeur Arnaud Perrier, directeur médical (HUG), le 9 mai 2016 .....	17
Audition du D <sup>r</sup> Michel Matter, président de l’AMG, le 29 août 2016.....	22
Audition de M. Mauro Poggia, conseiller d’Etat (DEAS), et de M. Adrien Bron, directeur général (DEAS), le 12 septembre 2016.....	25
Audition du D <sup>r</sup> Benoît Debande, directeur général (Hôpital de Jolimont-Lobbès/Belgique), ancien directeur des systèmes d’information (HUG), le 12 septembre 2016.....	29
Audition du professeur Jacques Philippe, président du collège des chefs de service (HUG), le 19 septembre 2016 .....	33
Audition du professeur Osman Ratib, médecin-chef du service de médecine nucléaire et d’imagerie moléculaire (HUG), le 31 octobre 2016 .....	41
2 <sup>e</sup> audition de M. Bertrand Levrat, directeur général (HUG), le 7 novembre 2016.....	49
2 <sup>e</sup> audition de M <sup>e</sup> François Canonica, président du conseil d’administration (HUG), le 7 novembre 2016 .....	58
Discussion des commissaires sur le gel de la motion, le 28 novembre 2016.....	63
Discussions finales de la commission, les 19 et 26 mars 2018 .....	64
Conclusions du rapporteur .....	67

Mesdames et  
Messieurs les députés,

## **Introduction**

La motion 2319, intitulée « Fuite des cerveaux aux HUG : arrêtons l'hémorragie » a été renvoyée, dans un premier temps, à la commission de la santé par le Grand Conseil, lors de sa séance du 21 avril 2016. La commission de contrôle de gestion (CCG) a décidé de s'en saisir suite à l'audition, le 9 mai 2016, du président de conseil d'administration des HUG, M<sup>e</sup> François Canonica, du directeur général des HUG, M. Bertrand Levrat, et du directeur médical des HUG, le professeur Arnaud Perrier.

Après accord de la commission de la santé, la CCG a donc poursuivi ses travaux sur la M 2319 jusqu'à sa séance du 19 mars 2018. C'est ainsi que cette motion a été traitée au cours de 11 séances, les 9 premières entre le 9 mai et le 28 novembre 2016, date à laquelle les travaux de la CCG ont été suspendus dans l'attente du rapport de la Cour des comptes n° 120 (Audit de gestion et de conformité portant sur la gouvernance des HUG), les deux dernières les 19 et 26 mars 2018.

Les travaux ont été conduits sous les présidences successives de MM. Christo Ivanov et Daniel Sormani, assistés des secrétaires scientifiques, M<sup>mes</sup> Catherine Weber puis Nadia Salama.

Les procès-verbaux ont été tenus avec rigueur successivement par M<sup>me</sup> Tina Rodriguez, M. Simon Panchaud, M<sup>me</sup> Marie Nicollet et enfin M<sup>me</sup> Martine Bouilloux Levitre.

Que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de mes très vifs remerciements.

## **Texte du projet de motion**

Déposé le 1<sup>er</sup> mars 2016, le projet de motion 2319 a la teneur suivante :

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant

- les difficultés rencontrées par les services d'ophtalmologie, de dermatologie et d'orthopédie, partiellement admises par le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé ;
- les départs annoncés de la directrice des affaires extérieures et du directeur du département d'exploitation des Hôpitaux universitaires de Genève ;

- le récent départ du professeur chargé de la médecine nucléaire qui est une perte majeure pour l'hôpital cantonal et ses patients ;
- les conditions dans lesquelles s'exerce ce départ qui ne semble pas conforme à ce que l'on est en droit d'attendre dans notre République et engage la crédibilité de l'Etat quant aux méthodes employées par ses représentants ;
- la remontée constante d'informations à tous les niveaux de responsabilité concernant le management, les missions et les conditions de les exercer en baisse significative,

invite le Conseil d'Etat

- à engager les réformes nécessaires pour une gouvernance et un management propre à nous garantir de conserver une qualité de soins irréprochable aux HUG ;
- à tout faire pour préserver la collaboration du professeur chargé de la médecine nucléaire, sur les projets en cours et à venir, pour assurer l'intérêt des patients et les investissements du canton ;
- à éclaircir les conditions de départ du professeur chargé de la médecine nucléaire et à mettre bon ordre dans les rapports entre les HUG et ses collaborateurs ;
- à inviter le département de la santé à rendre un rapport circonstancié au parlement sur les départs des cadres supérieurs et des chefs de clinique, durant les trois dernières années.

### **Présentation de la motion par les auteurs du projet<sup>1</sup>**

*M. Thomas Bläsi, 1<sup>er</sup> signataire et M. Pierre Conne, signataire ont été entendu par la CCG lors de ses séances du 13 et du 20 juin 2016. Il ressort de ces auditions les éléments suivants (extraits du PV) :*

M. Bläsi explique qu'il a été informé du départ du chef de la médecine nucléaire (le professeur Ratib), ce qui a, en quelque sorte, sonné l'alarme. D'autres exemples s'ajoutent à cela. Un climat de confiance aux HUG a été perdu et est à recréer.

---

<sup>1</sup> Pour raisons de cohérence et de lisibilité, la présentation du projet par leurs auteurs, bien que survenue ultérieurement, est placée avant l'audition de MM. Canonica, Levrat et Perrier.

Le professeur Ratib a proposé un projet de portail de médecine personnalisée qui a été refusé par les HUG. La direction lui aurait fait savoir que ce projet était utopique et irréalisable. Ensuite, la direction du CHUV a apparemment été contactée pour que le professeur Ratib ne puisse plus y exercer son activité bénévolement en y étant nommé.

M. Bläsi ajoute que la directrice de la communication des HUG était en arrêt maladie jusqu'à son départ en décembre 2013. Le directeur administratif et financier des HUG a été remplacé en décembre 2013 par M<sup>me</sup> Brigitte Rorive. Les cadres sont en train de partir pour raison de burnout ou de prise du PLEND et sont remplacés par des cadres qui travaillaient précédemment en lien avec le directeur de l'hôpital. Les trois secrétaires de direction sont en arrêt maladie. Il y a eu de nombreuses démissions. En ce qui concerne les membres du conseil de direction de l'hôpital, le directeur des HUG, M. Levrat a décidé d'exclure le fait qu'il y ait un professeur de psychiatrie et de somatique. Il y a ainsi eu une coupure de compétence métier. Le chef du service du budget (lié au responsable du secteur privé) est parti en 2015 pour prendre en charge un EMS. Le directeur du système informatique est parti en dépression. Une quinzaine de hauts cadres au total, sont partis des HUG. Ce sont les signes symptomatiques de la direction actuelle de l'hôpital qui mène vers une perte de compétences et de cadres importante.

M. Conne a cosigné la motion pour lui amener une dimension plus générale. La question à laquelle il faut répondre est si oui ou non les HUG sont dans un mouvement de perte de compétence à haute plus-value. Il est convaincu que oui et est très heureux que la CCG soit saisie de la problématique. Le plan stratégique des HUG devrait être établi pour faire perdurer l'excellence et maintenir l'attractivité des HUG. Il convient de savoir quelle est vraiment la motivation à l'interne. Il y a un phénomène de marginalisation qui se dessine. Il convient de gérer correctement les idées et les projets proposés. La pensée contradictoire semble chassée alors qu'elle est souvent bénéfique. La situation est grave selon lui. Si rien n'est fait, il y aura une marginalisation de l'institution sachant que c'est l'institution qui a le budget le plus élevé d'Europe. Les HUG ne peuvent se permettre de devenir le dispensaire du CHUV.

M. Conne ajoute que le départ du directeur du DSI [Direction des systèmes d'information] est extrêmement grave. Cette personne a été recrutée de l'étranger pour reprendre le système informatique. Selon M. Conne, ceci est du gâchis et c'est extrêmement préoccupant sachant que c'est une personne très compétente. La professeure des urgences de psychiatrie a démissionné, deux professeurs d'orthopédie ont également démissionné dont l'un qui est parti avec toute son équipe dans une clinique privée. Ils ne sont pas dans un

endroit avec des clans qui s'opposent, mais il y a une vacuité de projets. La masse de l'institution est énorme et pour des raisons historiques, l'institution est restée très centralisée. La décentralisation qui avait été envisagée n'a jamais eu lieu et le moment est venu selon lui. Une faïtière d'hôpitaux devrait se mettre en place et à son sens, plusieurs axes devraient être abordés plus particulièrement. Le premier axe est la place de l'exposition politique et médiatique, le deuxième axe est la plus-value économique et la capacité d'innovation et le troisième axe est l'interaction avec la médecine privée, l'instauration d'un réseau et d'une complémentarité. Ces choses ne se font pas à l'heure actuelle. Les HUG doivent absolument développer des interactions intelligentes avec d'autres établissements publics comme l'IMAD. Deux silos existent actuellement et ceci est problématique. Il faut éliminer ce cloisonnement. Des pôles académiques doivent se développer comme la médecine de proximité, la médecine psychosociale et réhabilitative. Le vieillissement de la population mène à des pertes d'autonomie et les choses doivent se faire de manière intégrée. Sur ces axes se développent des compétences attractives. Cette vision invite à la réflexion et le fait d'avoir simplement un comité de direction orienté métiers est impropre à l'évolution. Des personnes potentiellement à haute valeur ne peuvent plus exprimer leurs compétences. La réflexion de fond permettra de sortir de l'impasse dans laquelle les HUG se trouvent actuellement. Il convient à présent de rendre l'institution capable d'affronter les enjeux d'avenir.

**Un commissaire (PLR)** rappelle que seules 8 personnes sur 67 sont parties spontanément, sans que ce soit pour cause de décès ou de retraite. Sur les chefs de service, il y en a 4 sur 19 qui ont quitté les HUG pour travailler ailleurs alors que les autres sont partis à la retraite ou ont eu des promotions à l'interne. Il se demande si les chiffres sont réellement alarmants. Les exemples donnés représentent des cas parmi d'autres, mais il y a des départs dans un hôpital. Ceci est normal, selon lui. Il se demande si les chiffres qui leur ont été donnés sont faux.

M. Conne confirme qu'il est normal que des personnes partent, mais il convient de savoir pourquoi et ce qui est préoccupant selon lui, c'est ce vers quoi tend l'institution. Des informations fiables ont été reçues et amènent à se préoccuper. Les commissaires doivent se faire eux-mêmes leur propre opinion sachant qu'il convient d'analyser plus finement la situation afin de voir s'il y a un réel problème de fond. Pour sa part, les départs sont normaux, mais dès le moment où les personnes partent parce que le modèle de gouvernance ne leur permet pas de faire usage de leurs compétences et qualités professionnelles, il y a un problème. Il est convaincu que c'est le cas.

M. Bläsi mentionne également les conséquences des départs. Dans le cadre de l'ophtalmologie, 18 spécialités ont été perdues dont l'ophtalmologie pédiatrique par exemple. Ces services supplémentaires apportaient une très bonne réputation et une bonne rémunération à l'hôpital. Il y a un manque de vision et une gestion problématique dans le sens où lorsque des professeurs qui sont les meilleurs sur le plan mondial proposent des nouveaux projets, ils ne devraient pas se faire recalier de la sorte. La réaction du directeur de l'hôpital a été de dire qu'il ne voulait pas que le professeur exerce au CHUV est symptomatique de la gouvernance qu'il critique. Le fait qu'il y ait 14 ou 15 postes sensibles avec des personnes, partant en dépression ou en burnout, est un problème. Il est un peu caricatural, mais le résultat est là. La réalité du fonctionnement interne n'est pas celle qui est présentée par la direction.

A une question d'**un commissaire (S)** qui s'interroge sur « le mélange entre des personnes qui étaient cadres administratifs et des médecins », sur le fait qu'il s'agirait de « certains cadres de l'époque Gruson-UNGER... mis sur la touche, si ces changements de cadres ou ces départs de professeurs ont été validés par le conseil d'administration », M. Bläsi répond que, par rapport aux cadres et au personnel médical, il y a une différenciation entre l'ère Gruson et l'ère Levrat. Il faut savoir que concernant les cadres dont il a donné les noms, une bonne partie a été nommée par M. Levrat. Les cas se présentent aussi bien pour des anciens cadres de Gruson que pour des nouveaux nommés sous Levrat. Les motionnaires veulent dénoncer le problème de la gouvernance, des objectifs, d'où vont les investissements et comment se dirige cet Hôpital cantonal pour qu'il fonctionne. Il n'y a pas d'autre objectif. Au niveau des services, par exemple la dermatologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, ils ne sont que les symptômes du mal qui est au niveau de la gouvernance. Il s'était fixé comme limite d'avoir au moins un ou deux chefs de clinique, une ou deux secrétaires de direction, trois ou quatre médecins, infirmiers. Chaque fois, ces conditions étaient remplies pour avoir un panel suffisamment large d'avis et ne pas prêter le flanc à une critique éventuelle sur une vengeance. Par rapport aux nominations Gruson ou Levrat, les deux font partie de la liste qu'il leur a donnée. A son sens, cela permet d'exclure cette problématique. Des cadres ont été nommés par M. Levrat et qui sont aussi en burnout.

M. Bläsi ajoute que la fuite des cerveaux est sur la thématique du professeur Ratib, sur sa compétence personnelle et sur la perte que représentait cette personne. Après, il a tout à fait conscience que pour les professeurs de médecine à un certain niveau, on puisse imaginer qu'il y ait des *prima donna*, des exigences et qu'il puisse y avoir une problématique faisant qu'on ne poursuive pas avec eux. En revanche, il n'entend pas la méthode de traiter un collaborateur. Il évoque les menaces expliquées dans la lettre. Ce type de

gouvernance est problématique surtout quand on parle du numéro 1 mondial de la spécialité. Si on prend l'exemple de Ronaldo au Real Madrid, le directeur du Real Madrid ne dit pas à Ronaldo : « tu dégages et tu vas ailleurs ». Il ne va pas appeler le FC Barcelone pour lui dire que s'il engage Ronaldo, il y aura des repréailles. Il semble tellement inconcevable qu'un directeur prenne la plume pour ce type de positionnement. Cela lui paraît très dramatique, d'autant plus qu'a priori, on parlait d'un contrat qui se développait sous forme de bénévolat au CHUV avec le professeur Ratib et pas comme un contrat rémunérateur.

**Un commissaire (PLR)** remarque que M. Bläsi a dit que la centralisation actuelle était trop grande aux HUG, mais qu'elle n'était peut-être que momentanée. Il demande pourquoi, selon M. Bläsi, cette décentralisation ne se met pas en place. Il semble qu'il y a quelque chose qui focalise tout le pouvoir entre les mains de M. Levrat et de son équipe. Il observe aussi qu'aux HUG, quand il s'agit de médecins, il y a pas mal de polémiques individuelles. M. Bläsi a dit qu'il faut se faire une idée juste là-dessus. Quand ils entendent l'Hôpital, tout va bien, quand ils entendent M. Bläsi, rien ne va. Il demande comment le problème est décuplé par la polémique interne. Il ajoute qu'il existe de nombreux départs, mais, à l'interne, il y a aussi des gens qui sont marginalisés. Cela existe dans toute entreprise. Si ces gens sont marginalisés, on se trouve dans une situation où cela sort de toutes les statistiques, mais il y a une sorte de mise à l'écart volontaire des cerveaux. Il évoque ensuite le rôle du conseil d'administration. Il ne doit pas simplement enregistrer un certain nombre de départs et opiner du chef. Il demande comment ils jugent le travail du conseil d'administration dans cette problématique.

M. Conne déclare qu'il remonte à 20 ans en arrière. Quand le projet de fusion des établissements publics médicaux a été présenté et adopté, le modèle était de dire qu'ils n'allaient pas garder 5 établissements publics, qui sont des baronnies, menant des politiques contradictoires avec des redondances. Il n'y avait non plus pas de pilotage stratégique sur l'ensemble du Canton. Il y avait 5 hôpitaux publics. Le premier mouvement a été une centralisation du pilotage stratégique. Ils ont créé un conseil d'administration unique, une gouvernance politique unique et la décentralisation consistait à ne pas recréer les mêmes indépendances des hôpitaux qui avaient fusionnés, mais il s'agissait de se donner le temps pour réfléchir en termes de mission de santé publique, comment arriver à pénétrer un peu mieux le réseau, notamment pour la médecine de proximité, et comment concentrer des compétences académiques pour avoir une attractivité académique pour avoir ainsi un rayonnement international. Ce premier mouvement de centralisation a été fait, a été réussi. Les malades sont soignés et les HUG ne vont pas s'arrêter de fonctionner

demain. En revanche, les structures de gouvernance, le mode de gouvernance ne permettent pas aujourd'hui de réaliser ce qui est nécessaire, à savoir de garder cette idée de pénétrer le plus possible dans le réseau de santé publique pour la médecine de proximité et garder un nid académique. Il pense que cela ne s'est pas fait parce qu'à un moment donné, ceux qui ont développé des compétences se sont installés dans un mode de fonctionnement qui satisfaisait tout le monde. Si on regardait dans d'autres Cantons ou à l'international, on se rendrait compte qu'il y a d'autres modèles. On savait que le directeur général allait prendre sa retraite. En 2013, ils ont un nouveau directeur général, un nouveau président du conseil d'administration, un nouveau magistrat. Tous les éléments étaient en main pour qu'on puisse repenser les HUG. Il pense que ce n'est pas trop tard. Il n'a pas dit qu'il fallait couper la tête de telle ou telle personne. Il y a un problème de gouvernance.

M. Conne évoque la deuxième question. C'est l'individualisme. Ils s'aperçoivent que c'est culturel. Il y a parfois des lanceurs d'alerte. La réponse institutionnelle consiste à dire qu'il y a un conflit entre un tel et un tel et de ne pas arbitrer le conflit. Ils sont dans cette espèce de règlement qui permet de ne pas se demander s'il y a un problème de fond. Il pense que si certains se satisfont aujourd'hui de cette personnalisation du conflit qui permet de ne pas aborder le fond du problème, il ne veut pas utiliser la même tactique. L'individualisation existe partout. Partout, des gens ont de l'ambition. On a tôt fait de vouloir expliquer un conflit personnel, alors qu'il faut probablement considérer que le conflit interindividuel est le symptôme d'une problématique institutionnelle profonde qu'il faut peut-être aller creuser.

M. Conne évoque la fuite des cerveaux à l'interne. Il s'agit d'un haut cadre, engagé par M. Levrat. C'est une personne engagée pour s'occuper de la politique extérieure des HUG avec la dimension collaborative cantonale, notamment les partenariats avec les cliniques privées, les collaborations nationales, notamment avec les autres hôpitaux universitaires, et la collaboration internationale pour des projets de santé publique ou de nature un peu plus lucrative. Il précise qu'il s'agissait de favoriser l'arrivée de patients aisés à Genève pour alimenter la patientèle privée des HUG. La personne a été recrutée par M. Levrat, qui a défini le périmètre de son cahier des charges, qui lui a fixé un certain objectif, qui l'a fait membre du comité de direction des HUG. Au bout d'une année, cette personne a été retirée du comité de direction. On lui a repris la partie intéressante de son cahier des charges pour la confier à une nouvelle directrice adjointe récemment engagée. Cette personne a senti qu'on lui coupait les ailes. Elle s'est repliée dans un premier temps. Elle a cherché ailleurs et elle est partie. Il évoque un autre exemple, à savoir le directeur des systèmes d'information, qui a été recruté par M. Gruson il y a

5 ans et demi. Il n'était pas toujours en accord avec ce qui existait précédemment. Il a vraiment pu faire une véritable transformation des systèmes d'informations des HUG pour les amener à être parmi les meilleurs au point de vue des systèmes d'information hospitaliers, aussi bien administratifs que médicaux. Au départ, il était membre du comité de direction. Avec la nouvelle direction, ce n'était plus le cas. Il recevait les ordres d'une direction qu'il ne pouvait pas appliquer parce que c'était absolument en décalage complet avec ses responsabilités et ses compétences professionnelles. Il devait les traduire de manière complètement alambiquée pour ne pas avoir l'air d'un imbécile auprès de ses collaborateurs. Cela a duré un certain temps. On se replie sur soi-même et quand on s'aperçoit qu'à force de vouloir poser des questions qui dérangent, on commence à être ciblé comme un mauvais objet. Il a donc cherché ailleurs et a été nommé directeur général dans un hôpital universitaire. Les HUG doivent avoir la préoccupation de l'attractivité. Il explique qu'il y a de nombreuses années, les HUG ont recruté le professeur Antonarakis, un des pionniers de la génétique. Le Conseil d'Etat s'est mobilisé, le doyen s'est mobilisé, le directeur général des HUG s'est mobilisé pour essayer de savoir qui était le meilleur, comment faire en sorte que cette personne vienne à Genève parce que Genève voulait absolument développer la génétique comme un pôle de compétence, considérant que c'était aussi une science d'avenir, pas seulement pour les professeurs, mais aussi pour pouvoir offrir des prestations à la population. Ils ont choisi M. Antonarakis. Il rappelle qu'il fait partie des 10 personnes qui ont décodé le génome humain. Quand on recrute quelqu'un, on se donne les moyens de le recruter. On prend des risques par rapport à l'interne, par rapport à l'international. Aujourd'hui, il n'imagine pas que cette démarche soit possible. C'est extrêmement inquiétant.

M. Conne évoque la quatrième question. Il explique que la semaine dernière, le professeur de neurochirurgie a fait une présentation au conseil d'administration pour expliquer les types de difficultés qu'il rencontrait. C'est l'un des plus compétents au monde en neurochirurgie. C'est un spécialiste des interventions urgentes pour les problèmes vasculaires cérébraux. Il est venu présenter de façon extrêmement neutre au conseil d'administration. Pour la direction, notamment médicale, ils lui ont demandé hors séance : « mais qu'est-ce que tu vas raconter ces choses-là à ces politiciens qui ne comprennent rien à la médecine ». Il y a un problème de gouvernance. Le conseil d'administration est tenu à l'écart et considéré comme étant composé de personnes qui ne peuvent pas entendre certaines choses parce qu'ils vont le traduire dans des termes politiques, cela va renforcer les conflits politiques et cela va leur échapper. Cela pose un vrai problème. Les Commissaires ont tous des représentants au niveau du conseil d'administration. Ils peuvent lui poser

la question. Le conseil d'administration est considéré comme une instance à partir de laquelle des informations peuvent fuir. Si les Commissaires auditionnent le président du conseil d'administration, il leur expliquera combien cette tension est difficile et importante. Ils ont aujourd'hui un paradoxe, à savoir que l'instance qui devrait faire ce que fait la CCG dans ce cas, qu'ils font là, à savoir de gérer les problématiques à caractère stratégique, les choix importants, la gouvernance interne, l'organisation du comité de direction, la qualité d'instruction des dossiers, ne peut pas faire ce travail. Pour lui, ce système a clairement montré ses limites.

**Le même commissaire (PLR)** déclare qu'il y a un problème énorme si c'est vérifié. On aurait une direction qui maintient le conseil d'administration dans une bulle préventive. Il demande si ce n'est pas à M. Canonica de taper du poing sur la table.

M. Conne répond que c'est à M. Canonica de le leur dire. Il doit pouvoir leur expliquer les difficultés qu'il rencontre. C'est quelqu'un de consciencieux, d'intelligent. Il est dans une situation difficile. Il a accepté ce mandat et il l'assume. Il passe des heures pour auditionner des gens, comprendre, essayer de calmer le jeu, faire en sorte que les politiques ne soient pas perçus à l'Hôpital comme des flingueurs et de dépasser ce climat pour essayer de s'orienter vers des propositions permettant de repenser la gouvernance. Il faut comprendre qu'en face de M. Canonica, il y a des gens qui sont responsables, à savoir le directeur général, le directeur médical, le doyen. Ils assistent avec voix consultative au conseil d'administration. Ces gens ont des responsabilités énormes. En même temps, ils doivent faire en sorte que les choses avancent. Ils ont une réelle préoccupation. C'est peut-être une des limitations du système. Il la fixait au niveau du conseil d'administration. Quand il y a des fuites d'une organisation, on ne vient pas raconter la nature de la fuite, mais que cela puisse se faire. Cela devrait être régulé à l'interne. Comme les instances à l'interne sont prises dans une logique de tension qu'elles n'arrivent pas à résoudre, tout cela se focalise sur la direction qui fait front par rapport au président du conseil d'administration, qui se trouve entre le marteau et l'enclume.

M. Bläsi évoque le conseil d'administration. Le conseil de direction propose une stratégie au conseil d'administration qui l'avalise. A l'origine, il y avait un conseil de direction et un conseil de direction élargi, dans lequel il y avait un professeur en somatique et un professeur en psychiatrie. On perd la compétence métier au niveau de la stratégie du conseil de direction. Le conseil de direction élargi a fonctionné de juillet 2013 jusqu'à août 2015. Puis le directeur des HUG a décidé sans concertation que toutes les compétences métier disparaissaient du conseil de direction. Cela peut expliquer un certain nombre de dysfonctionnements au niveau des tensions internes et des

difficultés de résolution de ces tensions. Le conseil d'administration voit arriver une stratégie qui n'a pas été avalisée par les compétences métier.

**Une commissaire (Ve)** déclare qu'elle a éprouvé un grand malaise à l'énumération de ces départs. Elle connaissait une ou deux personnes là-dedans. Elle savait que ce n'était lié en rien avec la motion. Donne des noms en pâture à une commission alors qu'on ne sait pas pourquoi ces gens sont partis, elle ne trouve pas cela honnête. Ces gens ne leur ont rien demandé. Ils ne sont pas les justiciers de gens qui ne leur ont rien demandé. Elle a été heurtée parce qu'elle connaissait une de ces personnes. Elle pense que si elle savait que son nom avait été donné en pâture, elle n'aurait pas été ravie. Elle évoque ensuite un courrier adressé au conseil d'administration. Le PLR et l'UDC ont un représentant au conseil d'administration. Les Verts sont régulièrement en contact avec leur représentante au conseil d'administration. Elle l'a appelée l'autre jour pour dire que cela vaut la peine d'investiguer plus loin, qu'il faut peut-être auditionner l'AMG. Ils ont évoqué un problème de gouvernance. Elle demande pourquoi on devrait les croire plutôt qu'un autre. Si le conseil d'administration ne fonctionne pas, serait-ce au parlement, composé de 100 personnes, de dire qu'il faut maintenir tel ou tel service ? Ils ne peuvent pas faire cela et c'est pourtant ce que la motion demande. Elle pense qu'il y a un problème de positionnement. S'ils estiment que le conseil d'administration ne fonctionne pas, ils peuvent changer de représentant. Ce n'est pas au parlement de régler tous ces problèmes. Elle ajoute qu'ils disent que M. Levrat dissout le conseil de direction élargi, mais il avait peut-être de bonnes raisons de le faire. Elle demande si pour chaque entité publique, ils vont se demander pourquoi le directeur fait ceci ou cela. Il ne faut pas non plus délaissier les HUG, mais là, il y a un problème d'échelle. Quelque part, il faut faire confiance au directeur. S'ils n'ont pas confiance, ils activent leur représentant au conseil d'administration. Elle est d'accord d'auditionner l'AMG. Le directeur du conseil d'administration est venu devant la commission et n'a pas tenu ce discours-là. Elle demande pourquoi ils se sont embarqués dans cette galère. Elle a de la peine à les suivre sur cette démarche. Elle demande quel est le rôle du parlement, pour eux, dans la gestion des HUG, jusqu'où doivent-ils interférer. Elle n'a pas été convaincue par leurs réponses pour l'instant.

**Une commissaire (MCG)** remarque que ce sont des problèmes de gestion interne. Ils font part à la commission que le conseil d'administration n'est pas au courant de tous ces départs, qu'il n'a aucune réaction. Ils ont tous un représentant au sein de ce conseil. Ces problèmes de gestion sont relatifs. On avait des problèmes les années précédentes lorsqu'il y a eu une absence de planification hospitalière, lorsqu'on a dû négocier avec les caisses maladie

pour le financement de toute l'infrastructure. Elle demande si cela ne les a pas choqués parce que la proportion des millions est nettement supérieure.

M. Bläsi répond que tous les postes en partance ont été évoqués, tous les cas ont été traités, discutés et analysés. Il serait ravi de rencontrer la personne en question, mais il faudrait mettre les informations ensemble pour voir ce qu'il en est. Par rapport aux problématiques de gestion et à la question de savoir s'ils ont un lien avec les HUG, il explique que quand il s'est lancé dans la bataille avec l'IUFE, qui a produit le rapport le plus catastrophique de la Cour des comptes, il ne pouvait pas être accusé de cela. C'est le même type de démarche. C'est peut-être une déformation professionnelle, mais il lui importe d'être content quand il rentre à la maison. Dans son métier de pharmacien, il est un chercheur d'erreur sur toute ordonnance médicale parce que s'il y a un problème dedans, il ne passe pas la nuit. C'est peut-être la seule plus-value qu'il peut apporter à ce parlement, à savoir d'essayer de détecter, voir des choses qui ne fonctionnent pas. Cela a été le cas dans l'affaire Adeline. Ils ont essayé d'obtenir une CEP. Il a fallu une année et demie pour l'obtenir. Ils verront bien si cela a produit des résultats.

M. Bläsi évoque la question de la commissaire MCG. Ce sont des problèmes de gestion, mais le fait qu'on opère des vieilles dames de 95 ans pour des opérations dont elles n'ont pas besoin et durant lesquelles elles perdent leur œil n'est pas un problème de gestion. Quand ils ont les médecins du Canton de Genève qui envoient des cas à l'Hôpital cantonal pour avoir une expertise, une analyse universitaire pour leur dire ce qu'ont leurs patients dans des cas précis et que les patients sont renvoyés au médecin sans analyse, ce n'est pas un problème de gestion, mais un problème de fonctionnement, qui peut être induit par des problèmes de gestion. Quand ils ont des ophtalmologues qui n'envoient plus personne à la clinique d'ophtalmologie de Genève, qui était le fleuron du Canton et qui était le secteur ambulatoire le plus rémunérateur, c'est un problème de fonctionnement. Quand des gens n'ont que l'assurance de base et n'ont qu'un seul choix, à savoir d'aller à l'Hôpital cantonal, il faut que ce dernier fonctionne. Si on veut que l'Hôpital cantonal soit universitaire, il faut qu'il puisse fournir les réponses aux médecins. Ils croient avoir compris que ces problèmes de gestion, ces problèmes au niveau de la direction et ces coupures au niveau de la compétence métier ont plusieurs conséquences. Ces gens sont quand même nommés. On a des stagiaires qui ne sont pas rémunérés en dermatologie. Pour eux, c'est aussi un problème de fonctionnement. Tous ces problèmes de fonctionnement sont le signe d'un problème de gestion et d'un problème de direction, mais M. Levrat n'est pas visé en l'occurrence. Il s'agit du système qui fait que cela ne fonctionne pas aux HUG à l'heure actuelle. Ils viennent vers les commissaires pour qu'ils

mettent leur nez dedans et qu'on ait un hôpital universitaire performant et compétent.

**Un commissaire (S)** observe qu'on vit dans un monde où le pognon est le pognon. Si un médecin est beaucoup plus payé ailleurs, il se tire ailleurs, à part si son éthique dit qu'il se donne au service public, qu'il reste. Aujourd'hui, c'est le monde du pognon en football, en médecine, qui a été consacré par le libéralisme effréné. Il prend acte. Il mentionne qu'ils ont parlé de l'ophtalmologie. On lui a dit autre chose, à savoir que la clause du besoin, qui a sauté, a fait qu'un certain nombre de spécialistes, à Genève, ont choisi de s'établir dans des hôpitaux privés. Il y a des fois des lois votées à Berne. Il a auditionné le directeur des HUG dans le cadre de la commission des finances. Il leur a dit qu'une partie des subventions leur est rognée, car en raison de ce qui est voté à Berne, un certain nombre de malades devrait se faire soigner dans les cliniques privées, qui ont des revendications qu'elles n'avaient pas avant. La direction des HUG doit affronter des problèmes qu'elle n'avait pas avant. Il y a des éléments extérieurs qui viennent du Conseil national et on se retrouve dans une situation difficile.

M. Bläsi répond que dans le cas du professeur Ratib, s'il avait développé son système OSIRIX dans le privé, en touchant des royalties, il vivrait comme un nabab où il voudrait. Il proposait justement de travailler comme bénévole au CHUV pour continuer à développer un concept de médecine personnalisée. Ce type de personne reçoit ce type de lettre. Cela pose un problème. Concernant l'ophtalmologie, il y a eu une clause du besoin. Ne pouvant pas s'installer, les médecins se sont concentrés en formation et certains ont des spécialisations qu'ils n'auraient pas faites autrement. Quand on a rouvert la vanne, on a inversé la donne de la répartition entre spécialistes et généralistes. On a eu une surpopulation de spécialistes à Genève. Sur les cliniques privées, cela n'empêche pas le fait qu'on ne va pas maintenir la possibilité d'avoir un hôpital cantonal universitaire sur la base d'un monopole, d'une sorte de structure sacralisée, mais sur le mode d'un fonctionnement et d'une réussite de fonctionnement. A titre personnel, il espère que cet hôpital universitaire soit le plus compétent, le plus large possible dans son champ de compétences parce que tout le monde n'a pas accès aux autres systèmes de soin.

**Un autre commissaire (S)** déclare qu'il adhère à tout ce que la commissaire des Verts a dit. Il connaît un petit peu le sujet. Il a parlé au nom du groupe par rapport à l'orthopédie et la dermatologie. Il a le même doute que sa collègue. Il demande s'ils ont été formellement mandatés par les personnes citées avec des pseudo-diagnostics parce qu'il peut y avoir un burnout et un autre type de dépression dû à d'autres problèmes.

M. Bläsi répond qu'en tant que député, il a été sollicité par rapport à un certain nombre de cas et de départs. Il a explicité les cas, les raisons à sa connaissance et qui sont consolidés pour la liste. Il s'est contenté de collecter le volume des départs puisque la motion est au niveau de la fuite des cerveaux. Il était plutôt sur la fuite des cerveaux au niveau médical. Le commissaire Soc. a cité la position qu'il a prise par rapport à l'orthopédie et la dermatologie. Il a dit que c'était une vengeance contre les HUG. Quelque part, il pourrait lui retourner la question et lui demander de quel droit il pourrait prétendre connaître ses motivations. Le seul intérêt est que cet hôpital fonctionne. Ces exemples de départ sont illustratifs des problèmes. Quand on a autant de cadres qui partent, il y a un problème de gouvernance. Quand on a ces symptômes-là au niveau des branches effectives du travail que sont les services, on a potentiellement ce problème-là. Tout converge vers un problème de gouvernance. A partir de là, la commission veut aller de l'avant ou pas sur la problématique.

**Un commissaire (MCG)** déclare qu'il a lu leur texte. M. Bläsi a confirmé qu'il y avait un problème dans le cadre de leur fonction, à l'un et à l'autre, l'un a des intérêts de clinique privée. C'est juste une réalité. Dans tout département, tout dans service de l'Etat, il y a des fuites. En tant que miliciens, les députés ont un rôle de proximité avec la population et aussi avec les fonctionnaires. Après, on parle de complication de gouvernance, de problématiques institutionnelles. Dans ce cas, ils attaquent de manière assez frontale le conseil d'administration. Il demande s'ils ont fait la réflexion qu'il y a des fuites de cerveau liées à du mobbing, à la compétence, mais quid des fuites de ces 20 dernières années. Il demande si on fait un bilan des fuites sur 20 ans, quelles sont les fuites dans les autres instituts universitaires, dans les autres hôpitaux de Suisse, voir quelles sont les erreurs. Il a siégé pendant 9 ans à la commission de surveillance des métiers de la santé. Il n'a pas le souvenir de que nombreux cas touchaient l'Hôpital cantonal, mais bien plus les cliniques et autres indépendants du métier de la santé. Il pense que l'erreur est humaine. Cela fait malheureusement partie du quotidien. Il demande si les HUG font plus d'erreurs qu'une clinique privée ou qu'un autre hôpital. Ce sont des questions de fond. Si on réalise qu'il n'y a pas plus d'erreurs qu'ailleurs, pas plus de fuites de cerveaux, le texte n'a alors aucun sens.

**Un autre commissaire (MCG)** pense que la façon d'aborder cette problématique est assez curieuse. Il évoque cette lettre du professeur. Il trouve qu'ils n'ont absolument pas à s'en occuper. D'ailleurs, elle est partielle. Il ne voit pas pourquoi ils s'occupent de gestion du personnel. Il ne voit pas pourquoi ils arbitraient ces conflits aux HUG sous couvert de mauvaise de soi-disant gestion. Il ne comprend pas le dessein de M. Conne et M. Bläsi ou

alors il y a un dessein caché, à savoir de dire que les HUG fonctionnent mal, qu'il faut transférer certaines spécialités qui rapportent beaucoup aux cliniques privées. Il ne comprend pas quel rôle ils veulent faire jouer au parlement. A ce moment-là, ils vont s'occuper de la gestion du personnel dans tous les services et ils vont siéger toute la semaine. Il demande qui ils défendent, si ce ne sont pas les cliniques privées par hasard.

M. Bläsi répond que le texte a été préparé et rédigé avec l'aide de plusieurs partis pour avoir des termes généraux allant dans le sens de la résolution d'un problème. Ils souhaitent avoir un Hôpital cantonal qui fonctionne. Dans l'état actuel, c'est le seul recours. Quant aux questions de recrutement, de gestion du personnel, il tient à dire qu'une fondation a voulu employer un frontalier. Il lui semble que le MCG est parti en guerre dans cette opération d'engagement. Il n'en reste pas moins qu'ils le font aussi. Avant de reprocher ce que les autres font pour le bien-être de la population, ils peuvent continuer à s'occuper de faire la même chose.

M. Conne déclare qu'il n'a jamais travaillé pour une clinique privée, qu'il n'a aucun mandat pour une clinique privée et ce n'est pas dans ses projets. A part sa rente de la CPEG et ses jetons de présence comme député, ses indemnités de membre du conseil de la fondation du Grand Théâtre sont sa seule rémunération. Cela fait partie de ses annonces officielles comme conflit d'intérêts. Il est à l'aise par rapport à cela. Il ne roule pas pour les cliniques privées. Il a travaillé aux HUG pendant près de 40 ans. Il a été chef de service, chef de département. Il faisait partie des ayants droit à la clientèle privée. Il a toujours refusé d'avoir de la clientèle privée au sein des HUG, considérant qu'il avait fait le choix de travailler pour les HUG dans un domaine qui n'était pas forcément très facile à développer, à savoir le domaine des maladies chroniques, des soins palliatifs et la gériatrie. Il s'est voué à cette tâche avec beaucoup de passion. S'il avait voulu quitter les HUG pour faire une autre activité rémunératrice, il l'aurait fait, mais cela n'a pas été son choix. Il comprend qu'on lui pose la question. Depuis que les Commissaires ont décidé de s'autosaisir de cette motion, qui aurait dû être naturellement envoyée à la commission de la santé, il a été soulagé parce qu'il a l'impression de porter un fardeau épouvantable qui consiste à dire qu'il y a un vrai problème pour l'avenir des HUG. Il ne veut pas revenir sur l'argumentation. Aujourd'hui, les Commissaires sont dépositaires de ce fardeau, c'est à eux de le traiter et il vérifiera comment ils le traiteront. Par moment, il a été extrêmement mal à l'aise vis-à-vis des questions de l'un d'entre eux. C'était comme s'il était mis en cause. Il vient partager un problème avec eux. Ils ont récupéré des fuites. A un moment donné, elles se recoupaient, il y avait des redondances. Pour sa part, il a pris la peine de vérifier un certain nombre de choses avec le président

du conseil d'administration pour bien lui expliquer qu'il ne menait pas une chasse aux sorcières. Il leur confirme que cela vaut la peine qu'ils soient saisis de ce dossier et qu'ils approfondissent la question. Il se sent très à l'aise pour leur dire merci, bravo et courage pour la suite de leurs travaux.

**Audition de M<sup>e</sup> François Canonica, président du conseil d'administration (HUG), de M. Bertrand Levrat, directeur général (HUG), et du professeur Arnaud Perrier, directeur médical (HUG), le 9 mai 2016**

M. Perrier déclare que 75% du budget de l'hôpital est consacré aux RH et les HUG sont tributaires de leurs talents. Il a pris un horizon de 10 ans pour présenter la situation aux HUG. Tous les départs, tous les engagements et toutes les promotions sont mentionnés. Il y a des nominations hospitalières et universitaires, ce qui complique un peu les choses. Il explique que l'on commence comme médecin interne pour ensuite devenir chef de clinique durant trois ans et ce poste est renouvelable une fois. Finalement, l'on peut devenir médecin adjoint et ce poste n'est pas d'emblée titularisé, mais est titularisable. Les médecins adjoints ont un contrat à durée déterminée de deux ans qui est renouvelable une fois. A terme, les médecins peuvent être embauchés, sauf s'ils décident de partir. Le grade de professeur ordinaire est le plus haut grade atteignable. On peut aussi être associé ou chargé de cours. Il y a plus de 300 médecins adjoints du chef de service dont 30% sont responsables d'unité et la moitié sont porteurs d'un titre académique, dont 38 professeurs.

M. Perrier énonce que le graphique (évolution des postes de médecin adjoint(e) aux HUG)<sup>2</sup> illustre l'évolution des médecins adjoints avec les différents types de catégories. Ils ont renforcé l'encadrement des HUG volontairement, pour garder un maximum de compétences en interne. Les mouvements, entre 2006 et 2016, pour les 67 services, montrent un renouvellement régulier des chefs de service. Parmi les 43 qui sont partis, il y a en a qui sont à la retraite, d'autres qui sont décédés ou partis à l'étranger, etc. Les causes des départs sont mentionnées. Il n'y a en fait que 4 chefs de service qui sont partis vers le privé. En ce qui concerne les 53 chefs de service nommés durant cette période, les deux tiers des promotions sont internes et un tiers correspond à des promotions externes. Il souligne que de son point de vue de directeur médical, pour un hôpital universitaire, c'est une proportion saine. L'hôpital est un organisme vivant et en l'espace de 10 ans, 150 médecins adjoints sont partis et 242 ont été nommés. Dans les départs (médecins adjoints), 53 sont partis à la retraite, 55 dans le privé et il y a eu 5 décès. Sur

---

<sup>2</sup> Voir dans les annexes

les nominations, ils tendent à avoir un équilibre entre les médecins agrégés et non agrégés. Ils ont besoin des deux types de médecins. Il était difficile auparavant de devenir médecin *adjoint académique* sachant qu'il fallait réaliser un certain nombre d'activités scientifiques sur le plan académique.

La formation d'une relève de chef de service à partir de la fonction de chef de clinique prend 10 à 15 ans. C'est vers l'âge de 40 ou 50 ans que l'on a tout le bagage nécessaire pour être chef de service. Il énonce que la commission hospitalo-facultaire (CP3HU – commission de planification et de prospective paritaire hospitalo-universitaire) a été créée dans ce cadre et se réunit 6 à 8 fois par an. Elle passe en revue tous les départs prévus. Une réflexion de mise en route deux ans avant la succession se fait généralement et le profil de la personne souhaitée est déterminé par cette commission. Le concours externe permet d'avoir les meilleures personnes possible. Ce concours permet à toute personne, suisse ou étrangère, de se présenter. Cette commission est composée de 3 membres du collège des professeurs ordinaires, le doyen de l'unité principale, un membre de la direction des hôpitaux désigné, un représentant de l'association des médecins de Genève, un des professeurs de la commission paritaire de prospective et de planification hospitalo-universitaire, un membre du conseil d'administration et deux experts (sans le droit de vote) dont l'un doit être issu d'une université étrangère.

M. Perrier aborde ensuite les critères de sélection qui sont l'adéquation du dossier avec le poste, les compétences cliniques, l'aptitude à l'enseignement, à la recherche, les capacités de management, de gestion et d'administration, la visibilité dans le domaine concerné. On s'attend à ce que la personne ait des compétences adaptées à la fonction et aussi des compétences de manager. Il faut aussi des compétences de gestion. Un exercice qui est déjà réalisé, mais pas suffisamment est la pondération des critères. Il convient de déterminer quelles sont les forces et quelles sont les faiblesses du service pour ensuite choisir la personne qui correspond le mieux. Il expose que maintenant, dans tous les services, il convient de jouer la complémentarité. Il faut des équipes d'encadrement pour réaliser les trois missions de l'hôpital qui sont : la formation, la recherche et les soins aux patients.

M. Levrat déclare que le médecin qui a fait part de son départ du service de médecine nucléaire fait l'objet du processus décrit par M. Perrier. Il est vrai qu'il est rare qu'un médecin-chef de service parte en étant proche de la retraite. Ils vont faire des recherches pour trouver le meilleur successeur possible et procéder à un recrutement en fonction du profil de poste. Les raisons de son départ lui sont propres et il a choisi de prendre un dernier projet médical avant sa retraite. Pour l'hôpital, ce n'était pas une nouvelle attendue, mais elle n'était pas dramatique dans le sens où ils anticipent en fait un mouvement qui aurait

eu lieu de toute façon. Le médecin continuera ses activités aux HUG à hauteur de 20% sur des aspects de recherches et de développement. La mission des HUG est de promouvoir ce genre de personnes. Il y a des postes importants et des grands médecins arrivent à l'âge de la retraite. Ils sont déjà en train de penser à des successeurs dans ce cadre. Les HUG bougent et lorsqu'un poste est ouvert à la nomination, il y a beaucoup de candidatures, notamment pour les conditions-cadres de travail et pas forcément pour le salaire. Les HUG fonctionnent bien et les changements font partie de la dynamique. L'institution est de grande qualité et il n'y a pas une fuite des cerveaux aujourd'hui. M. Levrat rappelle que les HUG sont dans le top des meilleurs hôpitaux européens.

M. Canonica confirme qu'ils sont extrêmement attentifs pour éviter un nivellement vers le bas. Ils partagent la réflexion des députés au quotidien sur cette thématique décisive pour l'avenir de l'hôpital.

En réponse à la question d'**un commissaire (S)** s'interrogeant sur la cause des départs de médecins de haute qualité, M. Perrier indique qu'il y a un lien entre la qualité des soins offerts aux patients et le médecin-chef de service. Il n'y a cependant aucun service qui est lésé par ces départs. Il y a des départs groupés et il est vrai qu'il est parfois difficile de les absorber. En faisant le bilan sur un certain nombre d'années, on peut constater que les HUG n'ont pas réellement souffert de ce phénomène. L'Hôpital a gardé des personnes qui avaient les compétences, mais qui ne pouvaient s'installer auparavant. C'est lors des départs que ces personnes peuvent justement entrer en jeu.

M. Levrat explique que certaines personnes sont extrêmement compétentes, mais moins visibles. M. Morel a formé une relève avant de partir à la retraite par exemple. Les personnes ont déjà une cinquantaine d'années et feront la succession. Une personnalité « vedette » partira, mais des autres personnalités tout aussi compétentes le remplaceront. L'important est la capacité de travailler en équipe sachant que les postes sont interdépendants.

**Un commissaire (PDC)** se demande ce qu'il en est de la concurrence entre les cliniques privées et les hôpitaux universitaires.

M. Levrat déclare que dans le monde des cliniques privées, il y a un phénomène de concentration qui renforce la concurrence entre les entités privées directement. Des choses comme l'informatique, le contrôle de l'infection et d'autres se mutualisent et le paysage genevois va évoluer dans ce sens. La Migros va entrer dans tout ce qui est wellness et petits soins ambulatoires. La concurrence des privés se fait surtout entre eux et elle est d'ailleurs extrêmement forte à ce niveau. Il conviendra de déterminer dans quelle mesure l'hôpital universitaire peut collaborer sachant qu'il doit ouvrir

le réseau autour du patient tout en ne perdant pas sa place prépondérante. Il pense qu'il y a réellement un changement de paradigme par rapport à cela sachant que des partenariats peuvent se faire entre différentes institutions. Des équipements de stérilisation et des équipements informatiques sont à partager dans ce cadre. La concurrence va rester forte à l'avenir et des choses extrêmement positives et de qualité se font dans les cliniques privées. Il pense qu'il convient de garder un niveau de qualité des soins proches de l'excellence. Il rappelle que les HUG doivent respecter une certaine grille salariale alors que ce n'est pas forcément le cas des cliniques privées. Avec le CHUV, ils se voient toutes les six semaines à Nyon et notamment avec M. Poggia pour le développement des deux institutions et pour renforcer leur collaboration. Certains éléments restent à Genève, d'autres vont à Lausanne. Le travail et la collaboration entre Genève et Lausanne ont permis de faire perdurer la possibilité pour les enfants de se faire opérer non pas uniquement à Zurich, mais ici. Il y a une compétition qui est stimulante et intelligente. Ce sont les médecins qui se déplacent et non pas les patients. Ils forment une nouvelle équipe et le CHUV va vivre la même chose dans les années qui viennent. La relation Vaud-Genève perdurera certainement dans ce cadre, mais d'une manière différente.

**Le même commissaire (PDC)** a l'impression que l'hôpital cantonal de Genève a un bassin de patients qui se rétrécit du fait qu'ils sont moins ouverts par rapport aux autres cantons de Suisse romande. Il semblerait que le CHUV se soit rendu compte qu'il devait récupérer les clients graves. Il rappelle qu'il faut pouvoir avoir des patients compliqués pour maintenir le niveau d'excellence. Il se demande ce que vont faire les HUG pour regagner ces parts perdues.

M. Levrat pense que la question d'avoir une seule gouvernance peut se poser, mais il convient de préserver un hôpital dans chacune de ces deux villes. Par rapport à la Suisse romande, il énonce que le CHUV s'est développé et la faculté de médecine produit plus de médecins dans le canton de Vaud que dans le canton de Genève. Les Valaisans ont eu des difficultés ces dernières années et une partie des activités a été transférée au CHUV, car c'est plus proche pour les Valaisans que l'hôpital cantonal de Genève. Ces parts de marché-là seront discutées. La question de la médecine universitaire et du rapatriement des patients se pose. M. Poggia et M. Maillard ont obtenu un tarif unique Vaud-Genève pour les patients, ce qui représente une grande avancée. La région nyonnaise va de ce fait plutôt basculer vers Genève que vers Lausanne. La France, en revanche, a une logique regrettable sachant que des soins pourraient être dispensés à Genève, mais la politique va dans le sens de contourner Genève pour que les patients soient soignés à Grenoble.

M. Perrier ajoute qu'il y a un enjeu qui n'a pas été abordé. C'est le vieillissement de la population et la hausse des besoins de soins dans ce cadre. Il va y avoir du travail pour tout le monde. La chirurgie prothétique est en hausse et heureusement qu'il n'y a pas que les HUG pour s'en occuper parce que cela ne suffirait pas. Des réseaux informels entrent en jeu pour les accès des patients. Ces réseaux existent encore, mais changent de dimension, car l'expérience des 5 dernières années montre qu'il est difficile de trouver des chefs de service pour les hôpitaux régionaux. Un mandat vaudois avait été donné au professeur Michaud pour anticiper la relève et c'est devenu un mandat romand, car ils ont pris conscience que le CHUV et les HUG étaient les deux principales instances de formation sur le plan romand.

**Un commissaire (S)** revient sur la logique de pôle d'excellence et pôle de compétence. Il se demande si la fuite des cerveaux serait due au résultat de choix stratégiques faits lors des années précédentes.

M. Levrat indique que ce n'est pas une personne seule, mais une équipe qui est concernée. Il mentionne un exemple qui ne fait pas débat. Il s'agit du fait que les grands brûlés sont à Lausanne et les intoxications au monoxyde de carbone à Genève. Des personnes viennent parfois de loin et elles mobilisent des lits. Il convient d'avoir la capacité d'être bon partout pour pouvoir former et dans certains domaines, il convient d'être excellent. Ils ont la capacité aujourd'hui d'être très bons partout et il pense que la médecine hautement spécialisée n'est pas compliquée, mais nécessite des compétences tellement spécifiques qu'en Suisse, elle ne devrait pouvoir se faire qu'au sein des hôpitaux universitaires. Il sait qu'il y a beaucoup de revendications pour pratiquer cette haute médecine spécialisée dans le domaine privé. Il rappelle que l'année dernière, le budget des investissements avait été coupé en deux. Suite aux discussions en commission des finances, le budget des investissements devait apparemment être rétabli et finalement, il lui a été dit que le budget 2015 était égal au budget 2016. Par conséquent, il a demandé au Conseil d'Etat s'il devrait avoir la moitié du budget ou la totalité, mais n'a pas encore obtenu la réponse. Il ajoute que pour maintenir un excellent niveau, il y a un besoin en renouvellement d'équipements médicaux qui se justifie.

**Le même commissaire (S)** rappelle l'origine de la discussion sur la fuite des cerveaux. Il se demande s'il y a des personnes qui ne donnaient pas satisfaction dans les départs récents. Il s'interroge sur le détail des raisons de ces départs et notamment si certains ont eu lieu pour des raisons d'organisation.

M. Levrat expose que les raisons sont inscrites pour la plupart dans le document distribué. Quasiment aucun départ n'est complètement inattendu, mais ils ne peuvent réellement être anticipés non plus.

## **Audition du D<sup>r</sup> Michel Matter, président de l'AMG, le 29 août 2016**

M. Matter remercie la commission de l'avoir invité. Il commence par dire que son association regroupe les médecins de la ville, mais aussi les cadres des HUG et qu'il ne se positionnera pas de façon politique.

Par rapport à la motion, M. Matter déclare qu'il y a des médecins ou encore des professeurs qui quittent régulièrement les HUG. Certains partent et vont ouvrir leur propre cabinet, parfois non loin des HUG. En ce sens, les Hôpitaux universitaires de Genève créent leur propre concurrence. Il poursuit en signalant que quand un chef de service est remplacé, ça déstabilise tout le service en question. Lorsque, au sein du service, les personnes se demandent ce qu'il en sera quand il y aura le nouveau chef de service, alors indirectement ces personnes se demandent si elles vont rester dans le service. Dans le secteur de l'orthopédie, lorsque le chef de service est parti il s'est installé aux Grangettes. Il y a alors eu un concours pour savoir, au sein de la liste des candidats, quel médecin allait être le nouveau chef de service. C'est un médecin français qui a été choisi. Cela a déstabilisé des médecins qui se sont demandé s'ils allaient encore avoir une place sous ce nouveau chef de service. Suite à cela, quelques médecins sont sortis de ce service. M. Matter parle ensuite de l'attrait de la ville qui sera, selon lui, de plus en plus important, car il y a des groupes internationaux et des groupes suisses qui arrivent sur le marché de la santé. Certains d'entre eux sont tellement gros qu'ils parviennent à engager avec des salaires plus conséquents, et parfois avec des gardes qui sont réduites. M. Matter fait savoir qu'aux HUG, dans certains services, un médecin fait la garde parfois un jour sur deux, ou une semaine sur deux, ce qui est relativement difficile.

M. Matter répète alors que l'attrait de la ville existe, tant au niveau du matériel que de la recherche clinique qui est faite. Il y a énormément de recherche clinique en ville. Il signale qu'il y a aussi l'attrait financier. Il ne veut pas discuter du salaire d'un médecin interne, mais il expose que, lorsqu'il y a des restructurations financières, alors des questions se posent et cela peut aussi déstabiliser. D'une part, M. Matter relève qu'il y a la question humaine, et d'autre part la question du monde extérieur qui bouge beaucoup. Il pense que les HUG se situent toujours entre précarité et excellence. Il parle de précarité dans le sens où il y a une certaine population que les médecins de la ville ont parfois de la peine à prendre en charge, et il parle d'excellence, car les HUG visent toujours un certain professionnalisme. Il pense qu'il y a des capacités humaines, médicales et chirurgicales d'excellence au sein des HUG. M. Matter ajoute qu'il y a aussi des fondations qui soutiennent les HUG, ou certains de ses services. Il se demande alors si ces fondations vont, dans le futur, être de plus en plus proches des entités en ville. Selon M. Matter, c'est

un monde qui bouge, dans lequel la priorité doit rester aux universitaires. Il pense que les HUG doivent tout faire pour garder ses chefs de service dont la compétence est, pour certains, internationale. Il sait cependant que certains professeurs vont partir et qu'il y aura un remplacement. Le dernier point important qu'il aimerait soulever est qu'il y a à la fois les soins faits aux HUG, et qu'il y a aussi le côté facultaire, lié à la recherche. Parfois, dans le profil recherché, des candidats qui pourraient être extrêmement doués dans les soins ou dans la chirurgie le sont moins du point de vue facultaire. A ce moment-là, M. Matter déclare que l'on va aller chercher quelqu'un qui se situe plus dans le milieu de la recherche, et qui peut être de l'extérieur.

**Un commissaire (PDC)** revient sur le contenu de la motion. En effet, la commission avait l'impression que, dans beaucoup de service, les nominations avaient été ratées et que cela avait repoussé certaines personnes qui voulaient développer leur service et qui sont donc parties ailleurs. En comparant les HUG avec le CHUV, il a l'impression qu'au CHUV les choses fonctionnent mieux, car le CHUV s'appuie sur des structures comme celle de l'EPFL, par exemple. Il a aussi l'impression que le CHUV est à la pointe dans beaucoup de services par rapport aux HUG. Il est préoccupé par le fait que les HUG puissent être rétrogradés en deuxième division. Il ne met pas en doute le fait qu'il faille nommer des gens qui viennent de l'extérieur. Mais il se demande s'il n'y a pas eu des erreurs de sélection assez nombreuses aux HUG. Ensuite, concernant la collaboration entre les cliniques privées et l'hôpital, le commissaire demande ce que pense M. Matter de la décision du Tribunal administratif de Zurich qui a cassé une décision qui interdisait aux professeurs de chirurgie digestive d'aller opérer dans les cliniques privées, considérant qu'ils avaient droit de le faire.

M. Matter répond en citant un exemple. En tant qu'ophtalmologue, il a participé à certaines nominations. Il y a, à un moment donné, un choix qui a été fait et qui n'a pas fonctionné. Il pense que la direction a su prendre la décision qu'il fallait en changeant le chef de service. Suite à cela, il témoigne qu'on lui a dit qu'à Lausanne ça marchait bien, mais qu'actuellement il y a une discorde entre la fondation ophtalmologique et la structure CHUV-EPFL qui juge que la patronne est excellente alors que la fondation pense qu'elle n'est pas capable de gérer son service. M. Matter soulève alors qu'il y a aussi des interrogations à Lausanne. Il poursuit en signalant que, dans les structures, les HUG font tout ce qu'ils peuvent pour que les nominations faites soient les meilleures. Il rejoint le fait qu'il faut tout faire pour garder l'excellence dans les différents services des HUG. On peut se demander s'il y a une primauté du CHUV sur les HUG, mais les HUG continuent tout de même à être bien placés. Pour répondre à la deuxième question, M. Matter pense qu'il faut absolument

développer la collaboration entre le secteur public et le secteur privé dans la ville.

**Un commissaire (PLR)** évoque qu'il semblerait que le CHUV prenne l'ascendant sur les HUG. Selon les réponses que M. Matter a données, il se rend compte que ce n'est pas aussi simple que cela. Concernant les départs des HUG, il demande si, au-delà des départs naturels, il n'y aurait pas eu des départs dus à la nouvelle gouvernance. Après le départ du président, quelque chose de nouveau s'est mis en place qui déplaît à un certain nombre de médecins. La nouvelle gouvernance fait des déçus ou des adversaires. Il demande alors s'il n'y a eu que des départs naturels, si les gens se déplaisent aux HUG, et souhaite avoir la position de M. Matter.

M. Matter répond qu'il ne pense pas que les gens se déplaisent aux HUG, mais qu'il y a en effet certaines interrogations, et que les médecins de la ville commencent à bouger face à ces interrogations. Les médecins sont plus de 100 à avoir signé un document qui interpelle la direction des HUG, donc des réponses seront apportées. Le sujet sera débattu au sein des HUG. Il ajoute qu'il ne pense cependant pas que ce soit que lié au changement de gouvernance, mais qu'il y a toujours des changements dans la façon d'approcher les choses, et qu'il y a des budgets à tenir. Il y a beaucoup de difficulté par rapport au budget à tenir, car il est toujours plus petit.

**Un commissaire (Ve)** demande si M. Matter témoigne d'un mouvement anormal de personnel supérieur et de chefs de clinique aux HUG qui mériterait que la commission fasse un rapport.

M. Matter répond qu'en ophtalmologie, lorsqu'il y a eu le départ du chef de service, les médecins-cadres sont venus avant le début de la nomination du chef suivant à l'AMG tellement ils avaient d'interrogations sur leur propre avenir. Avant même que les gens sachent qu'il va y avoir quelque chose, il y a des vagues. En effet, la plupart des personnes nommées sont coachées du point de vue du management, car ce n'est pas évident de se retrouver dans cette fonction pour diriger un service. Pour la question de la médecine nucléaire, il y a des interrogations, mais qui restent portées sur le futur de la médecine nucléaire. Il ne pense pas qu'à travers ces éléments il soit nécessaire de faire un rapport, ni de chercher ce qui a pu ne pas fonctionner. Lorsqu'on prend le secteur de l'orthopédie, un médecin est parti à la Tour, un autre est parti aux Grangettes, et le dernier est parti à la Clinique la Colline. Il n'y a donc pas un pôle qui est plus attractif que tous les autres, car ils sont partis dans différentes structures.

## **Audition de M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat (DEAS), et de M. Adrien Bron, directeur général (DEAS), le 12 septembre 2016**

M. Poggia signale que la lecture de cette motion l'a agacé plutôt qu'interpellé. Il ajoute que nous ne sommes pas dans le meilleur des mondes, mais qu'avec autant de personnel il est normal qu'il y ait des mouvements, certains se remarquant plus que d'autres. Il explique ensuite que des médecins sont passés de la structure publique à la structure privée, car cette dernière propose une meilleure rémunération, par exemple. Cependant, la structure privée n'offre pas les possibilités des HUG en termes de recherche et d'enseignement. Il trouve que le titre de la motion donne l'impression que les HUG sont en crise grave et qu'il y a une perte de confiance vis-à-vis de son personnel. Il pense qu'il faut prendre en considération la portée de ce genre de texte. Les HUG communiquent de mieux en mieux, mais insuffisamment sur ce qui va bien. A cet effet, il donne quelques chiffres. Il y a eu 4142 naissances à la maternité en 2015, 64 500 urgences, 26 234 interventions chirurgicales, 1900 opérations chirurgicales avec des robots de dernière génération, 59 430 hospitalisations ou encore 991 413 prises en charge ambulatoires. Il fait savoir que M<sup>e</sup> Canonica, président du conseil d'administration des HUG, organise des séances et s'investit beaucoup au sein des services des HUG pour rencontrer l'ensemble des chefs de service. Il essaye ainsi de mettre en place les meilleures solutions possible.

M. Poggia avance encore que, lorsqu'il y a eu le changement du responsable du service orthopédique, il a été sollicité et qu'il a vu inquiets les gens de voir arriver un chef de service français. Cependant, les HUG doivent faire appel à ce qu'il y a de mieux, sans déstabiliser ni démotiver le service interne. On ne peut pas dire à une personne que, parce qu'elle fait son cursus à l'interne, alors elle ira au sommet. Il reprend l'exemple de l'orthopédie et relève qu'il a été préoccupé lui aussi. Selon M. Poggia, si on préférerait quelqu'un qui venait de Paris, malgré que cette personne ait plus de compétences que les challengers locaux, sans préparer sa venue et en aboutissant à un échec alors on allait perdre des deux côtés. D'après M. Poggia, on allait décevoir les médecins de Genève, et faire venir quelqu'un de Paris pour 6 mois, car il allait partir dégoûté de l'ambiance délétère des HUG. Il craignait que cela soit un échec. Cependant, il peut confirmer que le professeur Hannouche a su faire l'unanimité. Aujourd'hui, le service se félicite d'avoir une personne avec de telles compétences à la tête d'un service. Au sein du service de l'orthopédie, les gens se rendent compte que c'était une bonne solution.

M. Poggia avance ensuite que l'on a beaucoup entendu parler de l'ophtalmologie comme un service problématique. Or, on constate que, suite à

la nomination de la professeure Thumann, le service va mieux. Le nombre d'opérations a augmenté entre 2014 et 2015 et de manière significative. Cela prouve que, même si la santé du service ne se mesure pas qu'au nombre d'opérations, le service va mieux, ce qui est un signe de confiance. En effet, quand le nombre d'opérations est revu à la baisse, cela n'est pas une très bonne chose.

M. Poggia poursuit en disant que la dermatologie est aussi un service qui a connu des problèmes aux HUG. Il y a cependant eu le renfort d'un spécialiste des cancers dermatologiques, et les prestations ont aussi été améliorées avec une journée de consultation sans rendez-vous tous les mercredis. Il relève que les choses se mettent bien en place. Le message qu'il souhaite faire passer est qu'il y a eu des problèmes, qu'il y en aura encore, mais que le but est de trouver des solutions en prenant garde de ne pas salir l'image des HUG qui est une très belle institution.

M. Poggia fait ensuite l'énumération des premières mondiales et suisses au sein des HUG.

- Premières mondiales: séparation de deux jumelles siamoises de 8 jours, test du vaccin Ebola.
- Premières suisses: pose d'une prothèse de la cheville en utilisant les technologies d'imprimante 3D, signature d'un accord avec l'institut Suisse de bio-informatique qui permettra aux HUG d'avancer dans le domaine de la médecine personnalisée, implantation d'un stimulateur intracardiaque, 7 centres collaborateurs avec l'OMS, inauguration d'un nouveau centre de cancer de la prostate, collaboration avec le CERN pour développer un nouveau type de scanner en matière d'imagerie cérébrale (via un financement de F 1,9 million du Fonds national suisse), ou encore le suivi des scolioses par un système d'imagerie en 4D, non irradiant.

M. Poggia fait savoir que ces informations datent d'il y a 4 mois, et qu'il y a eu d'autres innovations depuis. Il ajoute que le CHUV a aussi des problèmes, et que son collègue et lui-même ont lancé une nouvelle impulsion à la collaboration Vaud-Genève. Il signale que, aujourd'hui, cette collaboration permet d'avancer de façon concrète sur des projets. Même si ce n'est pas simple tous les jours, le but est de créer des centres romands de compétences. Il y a une concurrence nationale, notamment dans certaines médecines de pointe, et s'il y a de la concurrence entre deux hôpitaux distants de 60 km l'un de l'autre, alors le résultat est qu'une fois c'est l'un qui va être sollicité et une fois l'autre. Il pense que si l'on veut que les patients bénéficient de prestations à Genève et qu'ils n'aillent pas au CHUV, alors il faut créer un pôle de compétences avec des équipes médicales qui se déplacent sur les deux sites.

M. Poggia annonce que le CHUV et les HUG avancent ensemble de façon concrète dans plusieurs domaines, et que même s'il y a de la concurrence, cette concurrence est saine. De plus, il ajoute qu'il y a de la concurrence, car il y a des compétences des deux côtés. Mais M. Poggia signale que ce qui a été mis en place est un tournus dans la direction des équipes pour que l'un ou l'autre site n'ait pas le sentiment d'être délaissé.

Par rapport à la motion, M. Poggia trouve que la première invite veut tout et rien dire. Tout le monde veut maintenir la qualité des soins au sein des HUG, et cela est fait au quotidien. Il ajoute que le reste des invites concerne la médecine nucléaire ainsi que le professeur Ratib, et que personne ne conteste qu'il soit une très bonne pointure. Cependant, ce professeur était en fin de carrière, et un accord a été trouvé selon les dernières informations. En effet, le professeur Ratib continuera à collaborer avec les HUG à 20%. Il ne va pas ailleurs pour obtenir ce que Genève ne lui donne pas. A Genève, il y a des exigences au niveau des infrastructures. En ce qui concerne la médecine du sport, M. Poggia explique que l'équipe de trois médecins du service du sport des HUG a été débauchée par une clinique genevoise, et que cela peut arriver. Il ajoute cependant que la médecine du sport n'est pas une médecine universitaire, mais qu'elle peut être un élément marketing important. Si par exemple la médecine du sport genevoise suivait Roger Federer, cela donnerait une réputation. Mais ce n'est pas le cas. La médecine du sport a été un peu destituée, mais cela n'a pas de conséquence grave.

M. Bron ajoute que des chiffres ont été présentés par les HUG, et qu'il ne partage pas le constat des fuites de cerveaux. Il signale que certains cas évoqués dans la motion sont liés à la constitution d'une équipe nouvelle au sein de la direction générale, et que cela n'a rien à voir avec les éléments structurels liés à la gouvernance des HUG. Il ajoute qu'il y a aussi des cas liés à certains services au sein desquels il y a de vrais problèmes managériaux, mais qui font l'objet d'une attention importante. M. Bron vient ensuite sur le cas particulier du professeur Ratib et répète qu'un accord a été trouvé. Il relève que les cas qui font l'objet de la motion ont attiré l'attention, mais ne sont pas le symptôme d'une fuite des cerveaux. Les chiffres donnés montrent que les HUG sont capables de former une relève qui pourra préserver la qualité des soins aux HUG. Les chefs de service restent à leur poste jusqu'à leur retraite, sauf exception. Il signale qu'il n'y a pas de rotation anormale de ces chefs de service.

**Un commissaire (PLR)** est content des chiffres qui ont été apportés et qui montrent que les départs sont correctement comblés. Cependant, il est étonné, car, en parcourant des extraits de procès-verbaux du conseil d'administration des HUG, il relève peu de commentaires sur les départs. Il se demande si les

gens s'en fichent de ces départs. Il comprend que ces départs soient comblés, mais ajoute que s'il était au conseil d'administration des HUG et qu'il y avait autant de départs de gens importants, alors il se poserait des questions. Dans ce contexte, il demanderait une analyse supplémentaire à la direction. Or, il signale qu'en lisant les extraits de procès-verbaux, il ne remarque rien. Il demande alors s'il n'y a vraiment aucun commentaire lorsque le directeur général annonce les départs, ou bien si c'est que les procès-verbaux qu'il a pu lire n'étaient pas complets.

M. Poggia répond que les discussions entre les membres du conseil d'administration sont assez nourries, mais que les procès-verbaux ne sont pas comme les procès-verbaux de commissions avec les mentions de qui intervient et dans quel sens. En ce sens, les procès-verbaux reflètent *de manière peu détaillée* l'avis des membres du conseil d'administration. Les choses ne se font pas si simplement que ce que le suggère le commissaire (PLR), et les membres du conseil d'administration regrettent certains départs. M. Poggia ajoute que ce que fait la direction générale est d'expliquer que malgré le regret des départs, la situation est maîtrisée et les HUG continuent leurs activités sans encombre.

**Une commissaire (Ve)** remercie pour la présentation effectuée. Tout comme eux, elle n'a pas un œil bienveillant sur cette motion. Cependant, elle se pose quelques questions. Elle a le sentiment que la motion tente de demander au Conseil d'Etat, voir même au Parlement, de faire du micromanagement et de se mêler des affaires du conseil d'administration. Elle a l'impression qu'il y a une frustration de la part de certaines personnes qui sous-entendent que le travail n'est pas fait là où il devrait être fait, et que ces personnes veulent donc le transmettre à d'autres. Elle demande si MM. Poggia et Bron estiment qu'une réforme dans le conseil d'administration des HUG est nécessaire, ou s'ils estiment que celui-ci fonctionne bien. Elle demande ensuite comment ils expliquent ces frustrations et comment faire en sorte que ces problèmes se règlent là où ils doivent être réglés. Elle signale que personne au sein de la CCG ne peut donner son avis sur des professeurs.

M. Poggia répond que Genève a choisi que les HUG soient une entité autonome, alors que le CHUV est un au service de l'Etat. Il ajoute qu'il a été décidé que cette autonomie était saine, mais que cela n'empêchera pas un contrôle. Il signale que, pour sa part, il n'y a pas de dysfonctionnements. M<sup>e</sup> Canonica s'investit en allant voir les chefs de service pour faire rapport des problématiques. Il soulève que M<sup>e</sup> Canonica et lui-même ne sont pas toujours d'accord, mais que finalement, il considère qu'il n'a pas toujours à intervenir. M. Poggia dit qu'il est difficile de mettre en place des règles de gouvernance, et de mettre un veto quand ces règles amènent un résultat qui n'est pas celui

qu'il souhaite. Il pense qu'il a bien fait de les laisser faire leur choix en ce qui concerne le service de l'orthopédie, car leur choix était bon. M. Poggia exprime qu'il a en face de lui des personnes responsables et conscientes. Le conseil d'administration, compte tenu de sa taille, s'en sort très bien. Quand il est question de sujets sensibles dans lesquels certains sont parfois minorisés et contrariés, c'est parfois difficile à gérer. Il ajoute qu'il a constaté qu'il faut d'abord parfois régler les problèmes en amont, et qu'une fois ceux-ci réglés, il faut les présenter au conseil d'administration. Il regrette cette procédure, mais n'a pas trouvé de meilleures solutions. Si on change la pratique, c'est par la presse que les problèmes risquent de se régler. Pour conclure, il n'est pas certain qu'une augmentation de la représentativité au sein du conseil d'administration soit favorable à une véritable prise de décision commune sur des sujets délicats.

**Audition du Dr Benoît Debande, directeur général (Hôpital de Jolimont-Lobbes/Belgique), ancien directeur des systèmes d'information (HUG), le 12 septembre 2016**

M. Debande commence par son parcours. Les 5 dernières années, il a occupé le poste de directeur du système d'information aux HUG. Il avait choisi les HUG pour plusieurs raisons. Tout d'abord, après avoir passé 20 ans dans le monde académique universitaire en Belgique, il avait envie d'aller voir ce qu'il se passait en dehors des frontières. De plus, un poste s'ouvrait aux HUG avec un nouveau challenge. En effet, il s'agissait de la fusion quelque peu forcée de deux systèmes informatiques au sein des HUG. Finalement, M. Debande signale que l'essence de son arrivée aux HUG était de pouvoir emmener les HUG à ce qu'on appelle la troisième vague de l'informatisation. Au niveau des entreprises, la première vague informatique était celle où l'informaticien était roi. La deuxième vague, qui se termine en ce moment, est celle où le métier rend des services à l'interne de l'hôpital. Finalement, la troisième vague est celle où le système d'information n'est plus seulement au service des métiers, mais où il apporte une plus-value à l'entreprise. Si on traduit cette dernière vague dans le milieu hospitalier, cela signifie, par exemple pouvoir aller consulter son dossier médical sur internet ou de prendre un rendez-vous avec son smartphone. Il ajoute que le lien digital du patient avec l'entreprise est important, car le patient va avoir besoin d'un lien direct avec l'hôpital. A cet effet, le système d'information peut apporter sa spécificité. Il soulève que c'est pour toutes ces raisons qu'il est arrivé au HUG. Il voulait faire profiter les HUG de cette nouvelle vague.

M. Debande évoque ensuite la raison pour laquelle il est parti. Il commence par rappeler que la direction des systèmes d'information se situe au sein de la

stratégie de l'entreprise, et que c'est pour ça qu'il était venu. Cependant, aujourd'hui, le directeur des systèmes d'information aux HUG est une personne qui a un rôle purement opérationnel. Il a d'ailleurs été inquiet de son remplacement, car ce qui était demandé au nouveau directeur était diminué par rapport à ce qu'il faisait. Il fait savoir que, à un moment donné, son poste ne lui convenait plus. Il était en désaccord avec son directeur général. Il mentionne que, lorsqu'il est arrivé, il était membre du comité de direction, puis que, petit à petit, sa position hiérarchique s'est dégradée. Il n'avait alors plus de champ d'action. Selon M. Debande, dans un hôpital académique, si on veut avoir quelque chose à dire comme directeur des systèmes d'information, alors il faut être positionné au comité de direction. Il signale que s'il a quitté les HUG, c'est parce qu'il n'avait plus de perspective d'évolution. Il avait proposé de faire d'autres choses, comme de s'occuper des liens entre le CHUV et les HUG, mais, n'ayant jamais eu de retour positif ou parfois pas de retour du tout, il en a conclu que sa place n'était plus ici. Il termine par dire que c'est un regret d'avoir quitté Genève, car c'est une ville formidable, mais qu'il ne se retrouvait plus dans son travail.

**Un commissaire (PLR)** remercie pour le témoignage de M. Debande. Il relève que ce dernier a été contraint de partir pour des questions d'ambition. Il demande si, à part lui, il y a eu plusieurs personnes qui ont suivi le même chemin, et qui ont dû partir, car c'était ailleurs qu'elles pouvaient faire valoir leurs compétences.

M. Debande répond qu'il est difficile de parler pour les autres personnes. Mais il signale qu'une autre personne avec qui il a discuté a vécu la même chose que lui. Cette personne avait été recrutée par le directeur général actuel, et avait explicitement dit à M. Debande qu'elle se reconnaissait dans la situation qu'il vivait, c'est-à-dire la diminution de son champ d'action. Il ajoute qu'il y a d'autres personnes, desquelles il ne parlera pas, qui sont parties. Le professeur Ratib est aussi parti, et M. Debande mentionne qu'une des raisons de son départ était qu'il n'avait pas de réponses à ses demandes.

**Le même commissaire (PLR)** relève que M. Debande a énoncé d'autres personnes qui ont suivi le même chemin que lui. Il demande alors si, selon lui, M. Levrat fait cela pour partager le pouvoir avec plus de personnes, ou qu'il le fait pour se l'attribuer à lui seul en éliminant ceux qui pourraient le dépasser.

M. Debande répond que les managers de catégorie A engagent des collaborateurs de catégorie A. Il fait savoir que, quand il a pris ses fonctions de directeur informatique, toute son équipe était déjà engagée et il ne s'agissait pas toujours de personnes brillantes. Il ajoute que, par la suite, quand il a engagé deux nouvelles personnes brillantes, on lui a demandé s'il était sûr de vouloir engager des personnes qui risquaient de le dépasser. Il porte à la

connaissance de la commission que pour lui c'était normal d'engager ce type de personnes. A ce sujet, il répète que les managers de catégorie A engagent des collaborateurs de catégorie A, et que les managers de catégorie B engagent des collaborateurs de catégorie C.

**Un commissaire (S)** demande certaines dates à M. Debande quant à sa rétrogradation hiérarchique au sein des HUG. Il n'a pas compris si cela était lié à l'arrivée d'un nouveau directeur général, ou si c'était déjà valable avant.

M. Debande répond que c'était clairement lié à l'arrivée du nouveau directeur général. Il pense que l'ancien directeur avait compris l'importance du système d'information dans le développement de l'hôpital. Il raconte que, la première fois qu'il a rencontré le nouveau directeur général des HUG, la question que ce dernier lui a posée était de savoir combien il y avait d'attaques venant d'internet sur le site des HUG. Il pense que, si sa vision du rôle du directeur du système d'information est de savoir combien il y a d'attaques sur le site internet des HUG, c'est très réducteur. De plus, il raconte que, quand il était encore au comité de direction, le directeur général des HUG a dit à toutes les autres personnes de l'assemblée qu'il avait un problème avec l'informatique. Finalement, selon M. Debande, le directeur général ne s'intéressait pas à l'informatique. Il évoque ensuite que suite à cela, quasi tous ses collègues ont changé le regard qu'ils portaient sur lui. Il ajoute que le seul avec qui il n'a pas eu de problème est le directeur médical des HUG, car tous deux partageaient les mêmes considérations. Il soulève que c'est de cette façon qu'a commencé la lente dégradation de sa position au sein des HUG. Il termine par dire qu'il n'a eu que peu de conversation en tête à tête avec son directeur général. Il savait que celui-ci avait délégué l'informatique, mais il pense que lorsque l'on est directeur général d'un hôpital, alors ça pose problème de ne pas s'y intéresser.

**Un commissaire (PDC)** aimerait donner son avis et savoir si M. Debande le partage. Il fait savoir qu'il est médecin, et qu'il a l'impression qu'il y a un fossé entre les gens qui travaillent sur le terrain et les gens qui gèrent l'hôpital. Il trouve que l'on ne valorise plus les compétences métiers des gens qui travaillent sur le terrain. Il soulève qu'il est vrai que les cas à l'hôpital sont particuliers et difficiles à gérer, mais il a l'impression qu'on n'écoute plus les gens du terrain, et que c'est la cause de leurs départs. Il demande à M. Debande s'il partage cet avis.

M. Debande répond qu'effectivement le fossé s'est creusé sur les 5 années où il était aux HUG. Il ajoute que, au niveau du comité de direction, on a isolé les gens qui avaient les pieds dans le terrain. Il se demande comment on peut avoir un reflet de ce qu'il se passe sur le terrain si on n'écoute même pas les représentants au comité de direction.

**Une commissaire (MCG)** revient sur les trois étapes par rapport à l'informatique dans les entreprises. Etant donné toutes les contraintes de financement des hôpitaux, elle pense que la partie informatique devrait être au service de l'hôpital pour que toutes ces contraintes puissent être déclinées dans l'opérationnel. La commissaire pense qu'en Suisse les choses aussi ont changé. Il y a aussi des contraintes de la Confédération, qui font que l'administration doit forcément prendre un peu plus le pas. La commissaire revient ensuite sur l'équipe de M. Debande qui n'était, d'après lui, pas très compétente au sein des HUG. Elle demande s'il n'y a réellement pas vraiment de personnes compétentes sur le marché, et lui demande quel regard il porte sur la formation qu'il y a à Genève.

M. Debande répond qu'il faut se rendre compte que lorsqu'il est arrivé, le secteur de la santé n'était pas très attractif financièrement pour les informaticiens suisses. Il ajoute que, quand il a commencé, la liste des candidats n'était pas une liste de candidats venant de Suisse, simplement car ce n'était pas attractif au niveau financier. Mais maintenant les choses ont changé. Il termine par dire que son prédécesseur avait intentionnellement choisi des collaborateurs directs de plus faible niveau. Il y avait un responsable de système qui n'avait aucun diplôme en informatique. En partant, ses adjoints étaient des personnes qui pouvaient tenir l'informatique, et que l'informatique aux HUG tourne. M. Debande pense cependant qu'il ne faut pas avoir peur d'engager les gens brillants. A la question de savoir sur quel point il est resté un peu sur sa faim, M. Debande répond qu'il souhaitait justement avoir la possibilité d'intégrer la stratégie d'une institution, et de ne pas simplement être celui qui allait réaliser ce que le médical ou la finance voulait. Il souhaitait pouvoir dire que le système d'information allait pouvoir faire avancer une institution dans une optique stratégique. M. Debande est frustré à l'idée de devoir exécuter sans rien dire ce qu'on lui demande. Selon lui, c'est en interagissant avec ses collègues qu'on peut faire avancer les choses.

**Un autre commissaire (PLR)** demande s'il y a des risques qu'il y ait un changement stratégique au HUG. Il demande si, à Genève, la troisième vague informatique va être abandonnée, et demande ce qu'il va se passer au système d'information des HUG.

M. Debande répond que dans le court terme il n'y a pas de craintes à avoir. Il ajoute que ses deux anciens adjoints sont des gens de confiance et compétents. Sa plus grosse inquiétude concerne le moyen et le long terme. M. Debande se demande vers quoi va évaluer la part du système d'information dans le développement des HUG. Il pense que cela dépend de qui vient après lui, et de sa position.

Le président demande comment s'est passé son congé, et s'il a eu une compensation.

M. Debande répond qu'il n'a rien eu, car c'est lui qui a donné son congé. Après un ou deux ans, quand il a vu que sa situation ne lui convenait pas, il a été voir le directeur général et lui a expliqué ce qu'il pensait. Il ajoute que plusieurs postes lui ont été proposés ailleurs qu'aux HUG, et qu'à chaque fois il a résisté en se disant que le directeur général allait comprendre. M. Debande signale que comme rien n'a changé, il a démissionné.

**Une commissaire (EAG)** demande si M. Debande pense que l'abandon de la politique informatique pourrait faire que les HUG se trouvent en situation de dépendance de systèmes qui n'auraient pas été conçus à l'interne et qui coûteraient plus cher.

M. Debande pense que c'est dur de répondre à cette question, car il n'y a pas de volonté d'abandonner ce qui est fait. Il n'a pas de crainte que ce qui a été fait s'arrête. Sa seule crainte est que l'on n'arrive pas à tirer profit de tout ce que l'IT peut faire de nouveau. Aujourd'hui, de nouvelles choses arrivent et si les HUG ne suivent pas le mouvement, ils vont être retardés par rapport aux autres. Si cela arrive, les HUG seront obligés de prendre un système extérieur supérieur.

**Un autre commissaire (S)** demande si cela risque de coûter plus cher.

M. Debande répond qu'il s'agit d'un débat compliqué. Aujourd'hui le système est bon, mais il commence à vieillir. Il est donc nécessaire que ce système connaisse une nouvelle jeunesse, avec l'ajout d'options qui sont neuves. M. Debande pense qu'il est vrai de dire que demain l'informatique coûtera plus cher. L'informatique doit amener de l'efficacité, mais aux HUG, quand on parle d'efficacité, rien ne se fait. Il pense que la difficulté des HUG est qu'il y a trop de tout, et que les HUG ne sont pas obsédés par l'efficacité. Il ajoute que le problème est qu'aujourd'hui on n'investit pas assez dans l'informatique, car cela coûte cher. Les gens investissent plutôt ailleurs. M. Debande soulève qu'il n'y a pas de prise de conscience que le système d'information est quelque chose dans lequel il faut investir pour garantir l'efficacité.

### **Audition du professeur Jacques Philippe, président du collège des chefs de service (HUG), le 19 septembre 2016**

M. Philippe précise qu'il est responsable du service d'endocrinologie, de diabétologie, de nutrition et d'hypertension artérielle et qu'il est également président du collège des chefs de service aux HUG. Il signale qu'il y a un peu plus de 4 ans qu'il a été élu à la Présidence du collège des chefs de service.

M. Philippe explique d'abord globalement la problématique hospitalière au jour d'aujourd'hui. Au niveau hospitalier, dans le monde entier, la situation est difficile et la tendance actuelle est de ne pas rester trop longtemps dans un hôpital, pour différentes raisons. En effet, la pression administrative est importante, le métier est compliqué, et la plupart des médecins doivent exercer une fonction clinique, de recherche, d'enseignement et d'administration. Ceci fait que le poids quotidien est assez important. Depuis une vingtaine d'années, l'attractivité à une carrière hospitalière a diminué. Il y a une situation globale de pression plus importante qu'auparavant dans les hôpitaux, et ceci n'est pas spécifique à Genève. Il s'agit d'une situation de base. Cependant, la situation genevoise est particulière de par sa gouvernance qui a déstabilisé un certain nombre de médecins.

M. Philippe poursuit en informant que le comité de direction est formé de 9 personnes, et que sur ces 9 personnes, il n'y a qu'un seul médecin. Le doyen, qui peut être médecin ou non, fait partie du comité avec voix consultative. Cette composition s'est formée il y a un an et demi. Cependant, en 2016, une gouvernance avec un seul médecin ne peut pas faire face à l'explosion des problématiques spécifiques de 68 ou 69 services, car aux HUG, il y a beaucoup de services.

Ensuite, M. Philippe évoque la problématique du transfert des problèmes dans les commissions représentatives, parmi lesquelles il y a le collège des chefs de service ainsi que la commission médicale d'établissement. Ces deux commissions doivent donner leur avis sur la politique médicale des HUG, sur le règlement du corps médical, sur les pratiques médicales, ou encore sur la gestion des carrières. Mais, le transfert des problèmes du comité de direction dans ces commissions se fait très mal. La problématique essentielle est que les médecins sont démotivés et qu'ils ne participent plus au futur hospitalier. Entre la pression qui s'est largement accentuée ces dernières années, et la diminution du pouvoir de participation, la balance a été défavorable et les départs sont donc plus nombreux.

Le président demande à M. Philippe s'il souhaite dire quelques mots sur la motion.

M. Philippe répond que plusieurs départs ont eu lieu, dont le départ d'un certain nombre de cadres administratifs et médicaux comme le professeur Ratib. Son départ s'est fait dans des circonstances qui n'ont pas toujours été très adéquates. Pour des gens qui donnent beaucoup de leur temps à la structure hospitalière, la façon dont ils ont été reçus a parfois été décevante. Le problème des départs de cadres hospitaliers, notamment dans certains services, est un vrai problème.

**Un commissaire (PLR)** souhaiterait avoir des précisions. En 2016, la composition du comité de direction ne comprend qu'un seul médecin. Il aimerait savoir ce que pense M. Philippe de la gouvernance actuelle des HUG. Il demande si celle-ci est efficace pour la suite. Ensuite, il demande s'il existe des risques pour les patients. Etant donné qu'il n'y a plus de médecins, il y a peut-être des implications sur les patients. Il demande encore à M. Philippe s'il a le sentiment que la direction est transparente avec le corps médical. Finalement, il demande ce qu'il serait urgent de changer au sein des HUG.

M. Philippe explique qu'il ne pense pas que les HUG puissent continuer de cette façon. Il ajoute avoir dit au directeur médical que si ça ne changeait pas, il démissionnerait d'ici la fin de l'année. Ni le bureau, ni le président du collège des chefs de service ne peuvent remplir leur mission par l'absence totale de réflexions pour les d'informations, de préavis qu'ils devraient donner avant sur les décisions du comité de direction. Il donne ensuite un exemple. Il y a trois mois, le comité de direction a décidé de créer un département d'oncologie, sans aucune concertation médicale. La création d'un département spécialisé a des conséquences majeures pour les soins aux patients. La Suisse est basée sur un modèle américain, avec une médecine interne forte, et les spécialités sont « à l'intérieur » de la médecine interne. En créant des départements spécialisés, le système de prise en charge des patients a été complètement chamboulé, et cela a eu des conséquences majeures. Il n'est pas normal d'avoir une seule personne compétente au comité de direction pour décider de tels changements. Tous les changements de structures départementales sont décidés uniquement au comité de direction. Cela n'est pas bon.

M. Philippe poursuit en mentionnant qu'au niveau du CHUV, le développement a été plus spectaculaire que celui de Genève. Genève est en situation de retrait géographique et fonctionnel pour la Suisse romande, et cela n'était pas le cas il y a 20 ou 30 ans. A l'époque, Genève envoyait des médecins dans toute la Suisse romande, et ce n'est plus le cas. Genève a beaucoup perdu de terrain géographique et il y a des défis importants à relever pour les HUG ainsi que pour l'évolution de l'hôpital et de ses performances.

M. Philippe pense que la première chose à changer est le fait que le collège des chefs de service doit pouvoir remplir sa mission. Deuxièmement, la commission médicale d'établissement doit aussi pouvoir remplir ses missions. En effet, un médecin interniste n'a aucune connaissance des spécificités chirurgicales, et donc ces spécificités ne sont pas représentées correctement au comité de direction. Au CHUV, la composition du collège des chefs de service est plus adéquate, car plus de tout le monde est représenté pour ne pas multiplier les commissions.

**Le même commissaire (PLR)** note que cela fait un certain nombre d'années que le professeur Philippe est à la tête du collège des chefs de service, et que là, il est prêt à démissionner. Il lui demande ce qui a changé par rapport à l'ancienne gouvernance. Il souhaite savoir sur quoi il faudrait revenir pour pouvoir retrouver une sérénité qui permette aux médecins de travailler correctement.

M. Philippe pense que d'avoir 9 représentants, dont 1 médecin au comité de direction, n'est pas adéquat pour affronter le futur, ni même le présent. Il souhaite qu'il y ait d'autres représentants avec d'autres sensibilités comme des représentants de la chirurgie, ou de la psychiatrie, par exemple. Différentes sensibilités doivent être prises en compte, car chacun a un rôle majeur dans la prise en charge des patients. Même le chef de département qui est l'interlocuteur direct avec la direction générale, aujourd'hui, ne peut plus assumer la connaissance ni la responsabilité médicale de tous ses services. Il faut qu'il y ait une meilleure interaction entre le comité de direction et les Services médicaux, plutôt que cette interaction ne se fasse qu'au niveau des départements. Il y a besoin d'une administration forte, mais il y a aussi besoin d'un dialogue pour pouvoir avancer et mieux assumer la prise en charge des patients.

**Un commissaire (PDC)** demande ce qu'est le rôle du conseil d'administration.

M. Philippe répond que son rôle est clé, mais qu'il dépend des informations qui lui sont données par le comité de direction.

**Un commissaire (MCG)** relève que M. Philippe a expliqué ce qui ne marchait pas. Cependant, il demande si cela est spécifique à Genève, ou s'il s'agit d'un phénomène qui se passe ailleurs aussi.

En ce qui concerne les départs, M. Philippe évoque des problèmes de relation et de conditions de travail.

**Le même commissaire (MCG)** demande si certains de ces départs n'ont pas lieu parce que les médecins ont envie de changer d'air.

M. Philippe montre un graphique des USA concernant la tendance des 20-30 dernières années du recrutement des médecins et du recrutement administratif. En lisant ce graphique, on remarque qu'en 20-30 ans, il y a eu une explosion administrative dans les hôpitaux. Pour Genève, il n'a pas les chiffres, il dispose uniquement du benchmark des hôpitaux universitaires européens. Cependant, au niveau suisse, Genève est bien placée au niveau de la pléthore administrative. Cette pléthore administrative a aussi été créée par le contrôle des coûts, les assurances, et les budgets. M. Philippe la comprend, mais, au final, cette explosion administrative a aussi mené à une explosion des

réunions et des contraintes. Il a l'impression parfois de ne plus exercer son métier. Cette explosion administrative occupe de la place et en occupe au détriment des soins. Cela doit se rééquilibrer, et ce n'est pas le cas de tous les hôpitaux. Dans les petits hôpitaux, les choses se font vite, car il y a une nécessité que ça fonctionne. Il y a donc beaucoup moins de commissions, plus de flexibilité, et, au final, c'est un facteur qui pousse les médecins à quitter les HUG.

Dans le cas des chirurgiens des hôpitaux de Paris (10% des chirurgiens-cadres ont démissionné en 2 ans et demi), M. Philippe informe qu'au départ la direction générale niait tous les problèmes. Ensuite une commission d'enquête s'est faite, les politiques s'en sont mêlées et il y a eu une prise de conscience d'un certain nombre de dysfonctionnements. Il y a alors eu une revalorisation de l'acte chirurgical sans la pression administrative inutile. En ce qui concerne les Genève, les HUG étaient le centre de la chirurgie orthopédique traumatologique en Suisse. Mais ce n'est plus le cas. Le chef de service actuel est excellent, mais le service a quand même été largement prétérité. Le rôle des médecins des HUG est d'éviter cela et d'être les meilleurs possible pour les patients. Il termine par dire que si les médecins ne peuvent plus assumer la qualité avec le budget qu'ils ont, c'est qu'ils sont vraiment mauvais.

**Une commissaire (EAG)** relève que la nouvelle gestion qui voudrait que l'hôpital soit une entreprise comme les autres ne paraît pas être la meilleure solution pour un service public. Ce qui lui fait peur ce sont les conséquences sur les patients. Elle a l'impression qu'on appauvrit l'hôpital pour donner plus de capacités aux cliniques privées, et, d'une certaine façon, pousser les patients vers les cliniques privées. Ça ne lui semble pas normal.

M. Philippe explique que le marché de la santé sur Genève est très compétitif et que les cliniques privées viennent demander aux médecins des HUG s'ils ne veulent pas partir. Ces cliniques privées sont en train de créer des pôles d'excellence dans certaines thématiques médicales plutôt rémunératrices. Il s'agit d'une vraie compétition.

M. Philippe signale que certains services se sont appauvris aux HUG. Il a mentionné l'orthopédie, mais il peut aussi mentionner la dermatologie, la psychiatrie, ou l'ophtalmologie. Cela fait environ 10 ans qu'il y a une situation dramatique dans le service d'ophtalmologie avec des nombreuses plaintes de patients jusqu'à la nomination de la Cheffe de service actuelle.

**La même commissaire (EAG)** demande s'il y a donc des conséquences sur les soins qui sont donnés aux patients.

M. Philippe répond par l'affirmative. Au niveau de l'ophtalmologie, certains patients allaient dans le canton de Vaud pour se faire soigner.

**Un commissaire (UDC)** demande si le problème ne serait pas que la médecine commence à coûter tellement cher qu'on ne peut plus se permettre d'avoir deux hôpitaux très importants à 60 km l'un de l'autre. Il se demande si les HUG ne sont pas en train de se faire phagocyter par le CHUV.

M. Philippe pense que les vaudois ont mieux abordé le futur que les Genevois. Le CHUV a le canton de Vaud avec lui, mais il a aussi conclu des contrats de prestations plus significatives que Genève dans le Valais, ou encore à Fribourg. Il pense qu'au niveau de l'augmentation des coûts de la santé, une meilleure interaction au niveau romand est indispensable. Pour 500 000 habitants on ne peut pas avoir des spécialistes de tout, alors qu'il pourrait y en avoir certains à 60 km. Cependant, les négociations ne sont pas simples.

M. Philippe mentionne la neurochirurgie. En Suisse, il y a 5 hôpitaux universitaires avec des services de neurochirurgie. En plus, il y a une quarantaine d'hôpitaux qui font des prestations neurochirurgicales en Suisse. Il y a eu un premier pas au niveau de la neurochirurgie pour faire un service romand. Mais cela a été impossible. Les Lausannois ont voulu développer leur neurochirurgie vasculaire et de l'hypophyse, et ils l'ont fait. Et au final ce sont les assurés et les patients qui payent.

**Une commissaire (MCG)** aimerait faire part d'une chose. Lorsque les médecins partent en clinique privée ils peuvent facturer plus cher leurs prestations. Elle pense que s'ils partent de l'hôpital, c'est pour des raisons économiques. En travaillant 20% de moins, certains médecins gagnent 40% de plus en quittant les HUG. Après un certain nombre d'années, il est normal que des départs aient lieu à cause d'un facteur économique.

**Cette même commissaire (MCG)** aimerait connaître le rôle de la commission médicale ainsi que le rôle du collège des chefs de service. Elle comprend qu'un seul médecin dans un comité de direction ne soit pas suffisant, mais il y a des contraintes exigeantes de santé-suisse. Ces contraintes, qui ne sont pas spécifiques à Genève, ont une influence dans le développement administratif, malheureusement au détriment d'autres choses.

M. Philippe répond qu'il est évident que le salaire d'un orthopédiste qui est à la Tour est différent. Ce n'est pas 40% de plus, mais encore un montant supérieur. Néanmoins, des orthopédistes sont restés à l'hôpital, car ils y trouvaient une stimulation intellectuelle et la possibilité de faire de la recherche. D'autres sont partis qui avaient plus de 50 ans. Lorsqu'une enquête a été faite sur le malaise des médecins adjoints, la première chose mentionnée a été le manque de reconnaissance, et non pas le salaire. Le salaire vient loin

derrière. La direction a la mission d'empêcher les départs des meilleurs et non de les provoquer.

**La même commissaire (MCG)** pense qu'il s'agit d'un problème d'ego, et que le problème de reconnaissance est un problème personnel.

M. Philippe répond qu'on pourrait penser qu'il s'agit d'un problème d'ego. Mais lorsqu'un médecin adjoint se rend à l'hôpital pour travailler, c'est tout juste si on lui dit bonjour. En outre, il n'a souvent pas de secrétariat particulier et des conditions de travail moins bonnes que dans le privé. En plus, il y a une hiérarchie médicale, et une hiérarchie infirmière. Dans le système de financement, aussi bien hospitalier qu'ambulatoire, il y a normalement une personne qui organise les soins, c'est le médecin. A l'hôpital ce n'est plus possible, car il y a une hiérarchie médicale et une hiérarchie infirmière. Et le dialogue est parfois absent, ce qui peut causer des problèmes majeurs dans la prise en charge des patients. Lorsqu'un médecin va dans une clinique privée, il est reconnu et peut faire son travail correctement. Il est là le problème de la reconnaissance. Il faut avoir des conditions adéquates pour fonctionner correctement.

**La même commissaire (MCG)** demande ensuite quelle est la différence entre le rôle de la commission médicale d'établissement et celui du collège des chefs de service.

M. Philippe répond que la commission médicale d'établissement est en principe l'interlocuteur direct du comité de direction au niveau médical. C'est la commission médicale la plus importante dans la structure hospitalière. Le collège des chefs de service ne représente que les chefs de service, alors que la commission médicale représente l'ensemble des médecins de l'institution. Le directeur médical est président de la commission médicale d'établissement, et est aussi dans le comité de direction. Le collège des chefs de service n'a pas de représentant dans le comité de direction. Par contre trois chefs de service sont dans la commission médicale d'établissement.

**Un autre commissaire (MCG)** se demande s'il y a une ligue contre la direction des HUG. Il a l'impression qu'il y a un complot qui est mené pour favoriser une clinique. Il trouve que cette audition ainsi que la précédente sont bien étranges. Indépendamment de cela, en ce qui concerne les deux hiérarchies, M. Philippe a informé qu'il y avait un manque de communication entre les uns et les autres (M. Philippe précise qu'il a informé qu'il y avait un manque de communication entre les médecins et les infirmières). Ce commissaire demande comment cela se fait et comment c'était avant.

M. Philippe répond que ce problème, cette hiérarchisation, a largement plus de 10 ans et qu'il n'est toujours pas résolu et même se péjore. Il explique

que s'il émet des critiques vis-à-vis de la situation actuelle c'est pour l'améliorer. Les HUG ont des défis importants à relever dans le futur. Beaucoup de médecins des HUG auraient pu partir à l'extérieur et ne l'ont pas fait pour pouvoir rester aux HUG et continuer à faire de la recherche et à servir dans un hôpital public. Il ajoute que ce qui a changé aujourd'hui est la gouvernance et la diminution de la tolérance des médecins. Il n'y a plus du tout d'avis autre que celui du directeur médical, et cela n'est pas normal. La médecine a changé en 20 ans, et elle s'est spécialisée. Il y a des infirmières qui sont spécialistes maintenant. Il est donc indispensable d'avoir, au niveau médical, une excellente interaction entre ces infirmières spécialistes et les médecins pour leur formation et leur pratique. En 20 ans, les gens ont changé aussi. Ils veulent moins travailler et sont moins impressionnés par un titre académique. Ils veulent plus de liberté avec un meilleur salaire. La médecine a changé et va vers de nouveaux défis. Les HUG vont devoir s'adapter, mais sa gouvernance actuelle n'est pas prête à relever ces nouveaux défis.

**Ce même commissaire (MCG)** demande, au niveau de la gouvernance, comment ça se passe ailleurs qu'à Genève et ailleurs qu'au CHUV. Il demande ensuite si la gouvernance est chapeautée par le conseil d'administration.

M. Philippe répond que, dans pas mal d'hôpitaux, il y a un directeur général qui est un médecin et qui est déjà plus sensible aux préoccupations médicales. L'administration dont il parlait tout à l'heure vient en soutien. Elle est là pour favoriser les soins aux patients, et non pas pour favoriser les médecins. Dans la plupart des hôpitaux, les médecins sont mieux représentés.

M. Philippe ajoute qu'en 4 ans il n'a jamais été auditionné par le conseil d'administration, ni par la direction. Le conseil d'administration interagit avec le comité de direction.

**Un commissaire (PLR)** signale qu'un conseiller d'Etat a dit qu'il était normal qu'il y ait un turn-over aux HUG, mais que M. Philippe reproche à la gouvernance de ne pas être adaptée pour les défis du futur. Il demande alors si M. Philippe a le sentiment que les gens membres du comité de direction ont une vision ouverte de ce que sera la médecine de demain.

M. Philippe pense qu'il est impossible d'avoir une vision de l'évolution de la médecine en Suisse avec un seul médecin au comité de direction. Il est évident qu'un médecin ne peut pas avoir une vision complète de ce qui se passe dans plusieurs domaines. La gouvernance actuelle est une gouvernance plutôt du passé que du futur de par l'absence de compétence-métier au comité de direction.

## **Audition du professeur Osman Ratib, médecin-chef du service de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire (HUG), le 31 octobre 2016**

M. Ratib évoque le document qu'il a envoyé au préalable<sup>3</sup> et qui constitue la ligne conductrice de son intervention. Il relève son profil atypique, puisqu'il est à la fois médecin et physicien. Il ajoute qu'il a une double formation médicale de cardiologue avec un FMH en médecine interne et en médecine nucléaire avec un FMH de radiologie en spécialité de médecine nucléaire et qu'il s'est orienté vers la technologie très rapidement, car il est passionné d'imagerie et d'informatique. Après plusieurs années de travail dans le développement d'une unité d'imagerie à Genève, il a été recruté par l'UCLA (University of California – Los Angeles) comme vice-chairman du département de radiologie. Pendant le temps où il se trouvait à l'UCLA, il a gardé des contacts avec Genève et a été sollicité à plusieurs reprises par certains de ses collègues genevois, en particulier par le professeur Terrier. En 2006, il a accepté de revenir à Genève pour diriger le département de radiologie dans une vision orientée vers les nouvelles technologies et l'imagerie moléculaire. Pendant 6 ans, il a occupé ce poste alors que les HUG ont subi trois séries de restrictions budgétaires (plan Victoria). Cette époque n'a pas été facile, mais il avait le soutien du décanat et de la direction pour développer des nouvelles technologies selon une stratégie qui est de faire ce que les autres ne font pas encore ; il relève notamment l'unité cyclotron. Il ajoute avoir aussi travaillé sur l'intégration des technologies du département qu'il dirigeait à d'autres départements ou centres hospitaliers, et notamment au secteur privé. En effet, selon M. Ratib, il était naturel d'engager une telle collaboration de façon à étendre ce que les HUG avaient développé.

M. Ratib poursuit en informant que cette stratégie a suivi son cours jusqu'au départ de M. Gruson. A cette époque, il y a eu plusieurs changements au niveau de la direction et une stratégie orientée à augmenter les recettes à travers les activités de base. Il ajoute avoir été parmi les 62 chefs de service qui ont signé une lettre pour demander que la nouvelle direction soit médicale, ou alors pour qu'elle soit performante en termes de santé publique. Il n'était alors pas très enthousiaste de voir arriver M. Levrat, un juriste, comme directeur général des HUG.

M. Ratib explique que le premier contact avec M. Levrat s'est bien déroulé. Ce dernier a adhéré à sa stratégie d'innovation et a exprimé son soutien aux nouveaux projets du professeur Ratib. Malheureusement, la conclusion a été que la nouvelle gouvernance avait un discours très séduisant et ouvert, mais

---

<sup>3</sup> Communication du professeur Ratib à la CCG en vue de l'audition du 31 octobre 2016 (voir en annexe)

qu'elle n'avait pas de vision de ce qui devait être changé. Les activités de routine ont continué à être de plus en plus nombreuses, les gens étaient épuisés, et des postes ont été supprimés. Il devenait difficile pour lui de développer de nouvelles choses et de gérer simultanément un département. Malgré plusieurs tentatives de discussion avec la direction pour développer de nouvelles technologies, la situation ne s'est pas modifiée.

En parallèle de ce qui se passait aux HUG, M. Ratib a eu la chance de participer au projet de planification du nouvel Hôpital Riviera-Chablais où il a été sollicité pour prendre le poste de chef de département de l'imagerie. Etant agacé par la politique des HUG, il a donc saisi cette opportunité de partir avec l'espoir que son départ lance le débat sur les priorités des HUG. Cependant, il est parti avec une certaine frustration, car malgré les moyens dont disposent les HUG, le personnel est surchargé par des activités de routine. Il a été déçu du discours concernant la gouvernance des HUG qui incitait à faire des recettes, ainsi que du manque de soutien à ses projets.

M. Ratib pense que les hôpitaux universitaires doivent investir dans des missions qui soient claires. Il ne peut pas y avoir une volonté d'être les meilleurs, et, parallèlement, une volonté de mettre la totalité des efforts dans des processus permettant d'absorber des charges qui sont étouffantes. Il propose la collaboration avec le secteur privé ainsi que le partage d'un certain nombre d'activités de base pour libérer du temps, des ressources, ainsi que des cerveaux qui seront plus disponibles pour les HUG. Il espère que les choses changeront, et pense que les HUG doivent se réinventer et se réorganiser pour rester les premiers.

Le président demande à M. Ratib de parler des projets qu'il a proposés aux HUG et qui n'ont pas abouti.

M. Ratib explique que, parmi ces projets, il avait lancé un projet sur des nouvelles modalités d'imagerie, avec par exemple, l'introduction d'imageries moléculaires. Ces techniques ne sont pas encore toutes remboursées, mais permettront de détecter certaines maladies comme le cancer. Pour mettre en place cela, il faut des scanners de dernières générations et des circuits de développement. Ces projets devenaient alors de moins en moins soutenus avec comme argument qu'ils n'étaient pas rentables, car ils ne rapportaient pas sur le court terme.

M. Ratib termine par dire qu'il s'est senti démuni, et que ses collaborations avec le secteur privé ont été interrompues avec comme argument que ce n'était pas le moment d'être généreux avec l'Hôpital de la Tour ou avec la Clinique des Grangettes. La nouvelle stratégie mettait ses projets à risque et l'empêchait de faire les développements qu'il souhaitait faire.

**Un commissaire (PDC)** demande à M. Ratib s'il est vrai que la direction des HUG est intervenue auprès du CHUV afin qu'il ne soit pas nommé avec un titre de professeur. Il pense ensuite que le problème est qu'il y a une explosion des moyens médicaux à Genève, mais qu'il n'y a aucune coordination entre eux, et demande à M. Ratib ce qu'il en pense. Enfin, il souhaite savoir si l'ouverture des HUG aux autres hôpitaux et cliniques en Suisse romande entreprise par M. Ratib en envoyant des collaborateurs pour s'y installer a été poursuivie suite à son départ.

M. Ratib répond que, effectivement, lorsqu'il a annoncé à M. Levrat en décembre 2015 qu'il arrêterait et qu'il avait un projet avec l'hôpital Riviera-Chablais et le CHUV, cela a provoqué une forme d'indignation générale. Avant de donner sa démission, il explique qu'il a eu plusieurs réunions avec la direction et que celle-ci souhaitait s'opposer à sa nomination comme professeur à Lausanne. Cela a d'ailleurs été confirmé par le directeur du CHUV. En effet, M. Levrat avait appelé le directeur du CHUV pour l'informer qu'il s'opposait à la nomination de M. Ratib, car cela mettrait en péril la relation entre le CHUV et les HUG. M. Ratib signale que cela n'était pas un problème pour lui, et qu'il allait donc renoncer au titre de professeur au CHUV. Entre temps, et grâce à l'intervention du président du conseil d'administration des HUG, il a été proposé à M. Ratib de rester rattaché à Genève avec le titre de professeur titulaire. Il y a donc eu une vraie intervention pour qu'il puisse garder une place à Genève.

M. Ratib explique ensuite qu'il est un fervent défenseur des réseaux entre hôpitaux publics, mais aussi entre les hôpitaux publics et le secteur privé. Il informe avoir mis en place une collaboration pour que des médecins du privé puissent venir faire des examens sur des machines des HUG qui étaient les seules disponibles dans la région. Cela a été annulé par la suite. Mais à l'inverse, il pense aussi qu'une partie de la surcharge de travail liée aux activités de base des HUG pourrait être épongée par le secteur privé. Il estime que la collaboration est une bonne chose, et que chacun pourrait y trouver son avantage.

Concernant la dernière question, M. Ratib pense que Genève perd un peu de son rôle de leader et de formateur. Il ajoute que lors des discussions de recrutement de radiologues à l'Hôpital Riviera-Chablais, les dossiers de personnes formées à Genève sont moins bien perçus. Cela lui fait mal au cœur. Il regrette de dire qu'à Genève la priorité de formation a un peu été perdue, car les médecins adjoints et les chefs de clinique partent trop vite et ne peuvent pas suffisamment transmettre leur savoir.

**Un commissaire (PLR)** soulève la question du rapport entre le chiffre d'affaires qui provient des activités cliniques de celui des activités de recherche

et de formation. Il se demande quels moyens il faut allouer aux activités cliniques, et quels moyens il faut allouer aux activités de recherche et de formation. Il souhaite savoir si la tension concernant le chiffre d'affaires ainsi que les moyens alloués pour la formation et la recherche ont aussi été soulevés dans d'autres départements.

M. Ratib répond que le problème est de trouver les bonnes proportions. Suite à plusieurs contraintes budgétaires, les HUG ont dû s'adapter. Mais, selon lui, ces restrictions budgétaires se sont trop faites sur les moyens donnés à la recherche et au développement. Les soins généraux doivent être correctement faits, mais la recherche est importante. Il ajoute que les soins de base donnés à la population sont nécessaires, mais qu'ils coûtent plus cher que si ces mêmes soins sont donnés dans le secteur privé. En effet, dans le secteur public il y a des surcoûts. Si une activité est déficitaire, ce n'est pas en la faisant augmenter que le déficit s'annule. Il pense que tous les services qui coûtent et qui ne rapportent pas ont le même problème. M. Ratib ajoute que le grand challenge du futur va être de définir qui a besoin de quoi en termes de développement. Il faudra prouver que les traitements sont bien ciblés. Le changement devrait, selon lui, se faire de façon à développer un moyen de délester certaines activités afin d'utiliser correctement les subventions que les HUG reçoivent pour garder une avance sur le secteur privé.

**Un autre commissaire (PLR)** demande si, lorsqu'il a donné sa démission, le professeur Ratib a subi des pressions ou des menaces le poussant à rester aux HUG. Ensuite, en termes de gouvernance, il souhaite savoir comment M. Ratib voit actuellement la relation entre la gouvernance des HUG et les médecins ainsi que la relation entre la gouvernance des HUG et les chefs de service. Enfin, il demande quels changements sur la gouvernance M. Ratib proposerait. Il souhaite savoir quels seraient les éléments clés à avancer pour rétablir le fait que les HUG sont menacés d'être dépassés par d'autres hôpitaux.

M. Ratib répond que les propos de pression et de menace tenus à son départ faisaient probablement partie de la stratégie de management de la direction des HUG. Il ne saurait dire si, au moment de son départ, certains propos étaient des menaces ou des incitations à rester. Cependant, il affirme qu'il ne s'agissait pas de la bonne stratégie à employer avec lui. En effet, ces menaces ne l'ont pas incité à rester.

En ce qui concerne la gouvernance et la relation avec les chefs de service, M. Ratib exprime qu'un changement s'est fait lors de l'arrivée de M. Levrat. La direction s'est isolée et n'a presque plus de relation avec les chefs de service. Cela a d'ailleurs beaucoup perturbé les chefs de service qui se sont mobilisés pour que la direction n'impose pas de stratégie conservatrice. M. Ratib informe que cela l'a beaucoup déçu, et que cela a aussi déçu certains

de ses collègues qui pensent que M. Levrat n'est pas correctement conseillé. Il ajoute que tout le monde n'a pas eu la chance d'avoir un projet qui l'attendait ailleurs, mais que beaucoup de chefs de service lui ont dit qu'ils aimeraient partir des HUG. Il pense qu'il faut préciser la vision de l'institution, car aujourd'hui elle n'est pas claire.

Finalement, M. Ratib pense que la direction générale ainsi que la direction médicale qui l'entoure doivent être revisitées. De plus, il pense aussi qu'il faut que le conseil d'administration soit plus impliqué dans la stratégie des HUG. Il a eu un très bon contact avec M. Canonica qui fait de son mieux, mais qui n'arrive pas à faire passer ses messages, car la direction ne respecte pas les décisions du conseil d'administration. Il faut que le conseil d'administration s'implique plus. Il termine par dire qu'il pense que M. Levrat est capable de mettre de bonnes choses en place, mais qu'il est mal conseillé.

**Un commissaire (UDC)** exprime son inquiétude liée à la situation des HUG. Cependant, il a parfois un peu de peine à comprendre le professeur. En effet, ce dernier ne préconise pas de changer la gouvernance, mais ce qu'il l'invite à faire est contraire à ce qu'elle fait actuellement. De plus, il a du mal à entendre que les HUG manquent de moyens.

M. Ratib répond que, concernant la gouvernance, il essaye d'être le plus conciliant possible. Il est vrai que beaucoup de ses collègues pensent qu'il faut changer la direction, mais le fait de devoir la remplacer est un gros challenge et chaque rupture a des conséquences. Si la gouvernance n'accepte pas de se remettre en question et de modifier sa vision des choses, le futur risque d'être un peu compliqué. Cependant, M. Ratib a de l'espoir et pense qu'avec un effort concerté la situation changera. Les HUG ont de gros moyens et beaucoup de possibilités de se développer s'ils décident de délester certaines activités de base pour ne pas surcharger le personnel. Il reste convaincu que des collaborations entre le secteur privé et le secteur public doivent se mettre en place. En fonction de cela, la décision de changer la direction appartient au monde politique.

**Une commissaire (Ve)** ressent qu'il y a beaucoup de frustration par rapport au besoin des HUG de faire du chiffre. Elle se demande ce qui est dû à la direction, et ce qui est dû au changement d'époque. En effet, la LAMal a changé et les hôpitaux sont sous pression. Elle se questionne sur la responsabilité du directeur ainsi que celle du monde politique. Ensuite, elle fait savoir que la nécessité d'optimiser un réseau de santé lui parle. Cependant, ce qui se met en place avec l'hôpital Riviera-Chablais est différent de ce qui peut être mis en place à Genève. Genève est un canton-ville qui n'a pas d'hôpital régional public, donc le partenariat devrait se faire avec des entités privées. Mais, pour que ce partenariat fonctionne, il faut que les politiques puissent

avoir un contrôle sur ces entités privées, ce qu'ils n'ont pas. Et c'est pour cela que l'optimisation dans le cas du canton de Genève est délicate. Finalement, elle demande s'il ne serait pas une bonne solution que de rattacher les HUG au département afin d'avoir la maîtrise de ceux qui prennent des décisions. Elle pense qu'aujourd'hui, le conseil d'administration des HUG devrait challenger la direction, mais qu'il n'en a pas les compétences.

Concernant la 1<sup>re</sup> interrogation, M. Ratib signale qu'il y a différents moyens d'absorber les pressions liées aux changements économiques qui ont eu lieu. Cependant, selon lui, la direction a fait des choix qui ne sont pas appropriés. Il faut que quelqu'un tranche et décide de l'équilibre à mettre en place ainsi que des endroits où il faut investir. Il faut trouver des solutions pour prendre soin des patients et respecter la LAMal. Pour répondre à la 2<sup>e</sup> question, M. Ratib soulève qu'il y a une compétition énorme de l'activité médicale privée qui est souvent exercée par des anciens médecins des HUG. Pour pouvoir garantir la qualité des soins donnés aux patients dans le secteur privé, il faut pouvoir contrôler ce qui leur est fait. Si un partenariat se fait, les HUG doivent être maîtres de la stratégie mise en place, et non pas simplement avoir pour but de faire du chiffre. Finalement, selon lui, les questions d'éliminer le conseil d'administration, de le remplacer par des personnes qui ont d'autres compétences, ou de rattacher les HUG au département se posent.

A la décharge de la direction générale, **la commissaire (Ve)** affirme que les HUG sont sous pression politique et que c'est aussi pour cette raison qu'ils se doivent de faire du chiffre.

M. Ratib répond qu'il est au courant de cela, mais qu'il faut trouver des solutions. La priorité a trop été donnée à l'objectif de faire du chiffre.

**Une commissaire (MCG)** explique que c'est le Parlement qui a décidé de détacher ces organismes et de les rendre indépendants. Elle demande à M. Ratib si, selon lui, ceci est un choix qui n'est pas judicieux.

M. Ratib ne pense pas que ce soit le choix le moins judicieux. S'il y avait eu une autonomie avec un savoir-faire adéquat et une gouvernance qui a les moyens de prendre des décisions, alors cela fonctionnerait. Il faut qu'il y ait les bonnes personnes.

**La commissaire (MCG)** trouve que M. Ratib est très affirmatif dans ses propos et cela lui donne l'impression que peu de personnes sont qualifiées. Elle soulève que parmi les membres de la direction, il y a un médecin qui est nommé par tous les autres médecins. Elle ne comprend alors pas bien comment celui-ci peut être accusé de mal conseiller la direction. Des personnes veulent partir alors qu'elles ont nommé ce médecin.

M. Ratib affirme que tout le monde est admiratif du directeur médical qui a été nommé. Il s'agit d'une personne très intelligente et efficace. Mais aujourd'hui, ce qui lui est reproché est qu'il se soit aligné sur la stratégie de la direction. Les personnes qui l'ont nommé espéraient qu'il fasse changer les choses. Pris dans un autre cadre, il aurait probablement envie de faire les choses différemment.

**La même commissaire (MCG)** souhaite savoir si M. Ratib a pris le temps d'entendre les arguments de ce directeur médical. En effet, s'il a changé d'avis c'est peut-être qu'il avait des arguments convaincants. De plus, en Suisse les distances sont courtes. Le fait de développer des pôles d'excellence partout pourrait péjorer le coût de la santé.

M. Ratib soulève que les quelques mois du début du mandat se sont bien déroulés. Le directeur médical a écouté les chefs de secteur et est revenu avec un discours un peu impuissant comme quoi ce qu'ils désirent se fera plus tard.

**La même commissaire (MCG)** demande à M. Ratib s'il trouve que les priorités avancées par le directeur médical sont pertinentes.

M. Ratib répond par la négative. Zurich et Berne ont réussi le partenariat avec le secteur privé, et M. Ratib ne comprend pas pourquoi cela ne se ferait pas à Genève même si le contexte y est particulier. Quand il y a des pôles d'excellence quelque part, il faut les soutenir et non pas donner la priorité à la médecine de base qui absorbe toutes les ressources.

**La même commissaire (MCG)** relève objectivement qu'à l'hôpital, il y a beaucoup d'attente, que les gens courent partout, et que les couloirs sont encombrés. Il s'agit de la médecine de base. Elle demande alors si le souci n'était peut-être pas, dans un premier temps, de stabiliser cette situation. Elle comprend que la recherche n'attende pas. Mais, d'après elle, il y avait probablement d'autres choses à régler.

M. Ratib répond que le seul moyen de rétablir la situation des couloirs qui sont encombrés ainsi que du personnel qui est surchargé est de décharger certaines activités sur le secteur privé grâce au partenariat. Plus les HUG vont attendre, plus ils vont être surchargés, et moins ils arriveront à absorber cette surcharge de travail. Le seul moyen de décharger les HUG est de les décharger physiquement de certaines activités. Il y a actuellement un étouffement de l'hôpital universitaire par une activité de base beaucoup trop grande.

**La même commissaire (MCG)** demande à M. Ratib s'il n'a pas été entendu là-dessus.

M. Ratib explique qu'il n'a pas vu de solution apportée par la direction, mais qu'il faut pourtant tenter de rétablir la situation.

**Un commissaire (S)** a été interpellé par le 3<sup>e</sup> paragraphe de la page 2 du document qu'il a fait parvenir aux députés. En le lisant, il a l'impression que ce qui se passe actuellement n'est pas uniquement dû à la nouvelle composition de la direction et du conseil d'administration, mais que certains choix étaient déjà faits auparavant.

M. Ratib a écrit cela pour ne pas qu'il y ait de confusion entre les décisions de l'ancienne et de la nouvelle direction. Mais ce qui est important avec la nouvelle direction est le fait qu'il ait eu de nombreux échanges avec M. Levrat, et qu'il a alors pu essayer de le convaincre d'appliquer une autre stratégie que celle qui avait déjà été entamée par les prédécesseurs. Cependant, il y avait une non-adhésion à son discours même après de multiples discussions avec la direction. C'est cela qu'il dénonce.

**Le même commissaire (S)** soulève ensuite que, à la page 3 de son document, M. Ratib exprime avoir dû faire face à un déni complet de la direction générale et de la direction médicale lorsqu'il a présenté son projet. Il est interpellé par la mention de la direction médicale. De plus, il pense qu'il y a des dysfonctionnements au niveau du conseil d'administration, non pas seulement parce qu'il est composé de beaucoup de personnes, mais aussi parce qu'il est mal organisé dans sa façon de parler des problèmes. Il pense qu'il y a donc un problème de gouvernance et que personne n'a l'énergie de faire bouger les choses, car il s'agit d'un combat difficile.

Concernant la direction médicale, M. Ratib avait beaucoup d'espoir en la possibilité de M. Perrier (directeur médical) de faire changer la situation. Cependant, il remarque que ce dernier s'est barricadé dans une position assez fermée. Concernant le conseil d'administration, M. Ratib fait savoir que M. Canonica l'a convié personnellement et a écouté son discours au moment où son départ était connu. C'est la seule personne qui a soutenu son projet. M. Ratib pense alors qu'il n'y a pas de réelle cohésion au conseil d'administration. Il termine par dire que c'est grâce à M. Canonica que le comité de direction a finalement signé l'accord pour le garder rattaché aux HUG.

**Le même commissaire (S)** pense que la situation actuelle est aussi liée aux questions budgétaires et financières, et que, peut-être, une partie des moyens et des projets de M. Ratib ont été sacrifiés pour pouvoir développer quelque chose ailleurs. A travers les explications de M. Ratib, son hypothèse paraît fautive. Mais ce commissaire se demande si le but était réellement de faire du chiffre, ou si les choses n'ont pas été clairement dites concernant des développements dans d'autres départements.

M. Ratib signale que, en ce qui concerne son département, il était clair qu'il fallait faire du chiffre. Il n'a pas de détails pour les autres départements, mais, d'après ce que ses collègues-chefs de service lui ont rapporté, le but était de faire des recettes, car c'est ce qui payait les salaires.

**Une commissaire (EAG)** soulève que M. Ratib oppose le pôle recherche au pôle de soins ordinaires. Elle se demande s'il ne serait pas judicieux de séparer ces deux structures en ayant, d'une part, un hôpital qui fonctionne comme un service public, et, d'autre part, un institut de recherche qui pourrait être lié à l'hôpital, mais qui ne serait pas dépendant du fonctionnement de l'hôpital.

M. Ratib trouverait intéressant d'aller dans la voie proposée. Le fait d'avoir des hôpitaux de périphérie permettrait de soutenir la charge d'activité liée aux soins de la population. Ces hôpitaux pourraient bénéficier des expertises des professeurs si cela était clairement défini dans leur cadre financier. M. Ratib pense qu'il ne faut pas isoler les experts de ceux qui font les soins, mais qu'il faut plutôt qu'il y ait des structures autonomes sur le plan budgétaire avec des missions très claires. Selon lui, c'est la clarté de la mission universitaire qui manque et qui est peut-être mal interprétée par la direction.

## **2<sup>e</sup> audition de M. Bertrand Levrat, directeur général (HUG), le 7 novembre 2016**

Le président remercie M. Levrat de venir devant la commission. Il l'informe que les auditions au sujet de la M 2319 sont terminées, et que les commissaires souhaitent lui poser des questions.

M. Levrat fait savoir qu'il a préparé un document<sup>4</sup> à l'attention des députés, et qu'il pourra l'aborder en fonction des questions qui lui sont posées.

**Un commissaire (PLR)** signale que, lors des auditions, les positions qui ont été données ont été partielles et que c'est pour cette raison qu'il souhaite lui poser des questions. Sa première question porte sur la composition du conseil de direction. Il relève que M. Levrat n'a qu'un seul médecin à ses côtés, et demande s'il n'y aurait pas un plus grand intérêt pour l'hôpital à ce qu'il y ait plusieurs médecins au sein de ce conseil de direction de façon à avoir plusieurs avis. Ensuite, il relève que l'hôpital se focalise sur la médecine traditionnelle, qu'il y a un chiffre d'affaires à maintenir et que cela se fait au détriment d'une recherche clinique qui propulserait l'hôpital vers un futur plus clair, mais dont certains ne perçoivent pas bien les lignes directrices. Il

---

<sup>4</sup> Relations direction générale / médecins-chefs de service (annexe 2 PV 113)

demande alors s'il n'y aurait pas un moyen de conduire l'hôpital vers un avenir de façon à continuer à avoir le leadership dans un certain nombre de domaines.

Concernant la composition du comité de direction, M. Levrat signale qu'il y a deux médecins sur 9 membres, soit le doyen de la faculté de médecine et le directeur médical. De plus, il y a une troisième personne qui est étroitement liée à la médecine et qui est le responsable de tous les soins infirmiers. Il fait savoir que, suite à plusieurs discussions, le débat sur la question de mettre d'autres médecins au comité de direction a été ouvert. Il propose de distribuer le document qu'il a préparé (annexe 2) et qui a trait aux concertations qui ont lieu en amont.

M. Levrat poursuit en expliquant que la direction générale a des réunions très régulières avec le corps médical. Dans son document, il a inséré le nombre de séances par an que la direction générale a avec certaines personnes ou certains groupes de personnes. En effet, la direction générale rencontre une centaine de fois par année le directeur médical pour parler de la politique médicale. Le directeur médical n'est pas seul, et se concerta avec des groupes de travail. Ensuite, il y a des séances tripartites qui ont lieu 84 fois par an entre le directeur médical, le chef de département qui est un chef de service, et la direction générale. Par ailleurs, M. Levrat signale que le conseil médical d'établissement, qui est l'organe consultatif du directeur médical, est consulté plus de 20 fois par an. Ce conseil médical d'établissement représente plusieurs sensibilités médicales. De plus, il fait savoir que le collège des médecins-chefs de service se réunit 10 fois par année, et que le directeur général, le directeur médical et le doyen de la faculté de médecine assistent à ces réunions. A cet égard, il relève que ce qui est important est que l'ordre du jour des réunions est établi par le président du collège des chefs de service. Il peut alors intégrer tous les sujets qu'il souhaite porter à cet ordre du jour.

M. Levrat poursuit en informant que le conseil consultatif de direction se réunit aussi 10 fois par année. Ce conseil réunit l'ensemble des chefs de département, le directeur médical et le président du collège des chefs de service. Aussi, il ajoute qu'il a mis en place un déjeuner ayant lieu une fois par mois et qui réunit 5 ou 6 chefs de service et lui-même. C'est aussi l'occasion de discuter de politique médicale. M. Levrat a encore instauré un séminaire institutionnel qui a lieu une fois par année. Ce séminaire réunit l'ensemble des chefs de service et l'ensemble des cadres de l'institution.

M. Levrat continue en signalant que le collège des professeurs de la faculté est un organe universitaire et qu'il se réunit 9 fois par année. Il participe régulièrement à ce collège. Ensuite, la commission paritaire de prospective et de planification hospitalo-universitaire se réunit 6 fois par année. La commission de renouvellement des mandats du corps professoral hospitalo-

universitaire se réunit une fois par année. Finalement, les procès-verbaux du comité de direction sont systématiquement distribués à l'ensemble des chefs de service. Des remarques peuvent alors arriver à la direction en fonction des sujets qui y sont traités.

M. Levrat évoque encore que, au sein du comité de direction, il y a deux médecins. Il pense que la proposition de les multiplier formerait un affaiblissement de la position médicale. Le directeur médical fait, selon lui, très bien son travail, mais il est vrai que l'échange fait encore l'objet de certains réglages. Tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes. Il y a des critiques qui sont faites et que M. Levrat entend. Il se demande comment organiser les réunions et l'échange pour que les choses se passent le mieux possible. Cependant, le fait de rajouter du monde dans un organe décisionnel, comme un comité de direction, affaiblit, selon lui, le pouvoir médical et n'est pas un gage ni d'efficience, ni d'efficacité.

Il termine par dire que, avant qu'il n'arrive aux HUG, il y avait deux médecins en plus au sein du comité de direction. Il signale qu'il a alors fait le tour de tous les chefs de service, et que 98% de ces chefs ont dit que ces médecins ne les représentaient pas. Il est dès lors persuadé que ce n'est pas en rajoutant des médecins au comité de direction que l'efficience sera meilleure. A travers son tableau, M. Levrat a voulu montrer que la concertation en amont existe, mais que le problème est peut-être qu'elle n'est pas encore assez efficiente. De plus, il tient à soulever que le directeur médical prend le temps de consulter ses confrères concernant les dossiers dans lesquels ils sont impliqués. Il n'amène pas des dossiers sans avoir travaillé dessus avec ses collègues concernés. M. Levrat qui n'est pas médecin ne prend pas de décision médicale sans avoir un avis déterminé du directeur médical et du doyen de la faculté de médecine.

A la deuxième question du commissaire (PLR), M. Levrat répond que dans le budget, il y a 200 millions de francs qui sont accordés à la recherche. Il ne saurait dire si cela est trop ou pas assez, mais l'atout majeur des HUG est d'être un hôpital universitaire. Il est alors convaincu qu'il faut renforcer cet aspect académique, et signale que la collaboration avec la faculté de médecine se passe très bien. Il ajoute qu'un nouveau bâtiment va ouvrir, et qu'au premier étage, il y aura une salle qui sera le centre de l'innovation. Il est clair que le futur des HUG passe par la recherche et l'enseignement et par sa capacité à être à la pointe sur un certain nombre de sujets. Cependant, les HUG doivent gérer de façon pertinente les soins et les équipements, ainsi que la recherche et l'enseignement. L'équilibre à mettre en place est difficile à trouver. En effet, le fait que les 20 millions de francs rendus par la LAMal doivent être rendus à l'Etat de Genève ne facilite pas les choses.

**Le même commissaire (PLR)** signale que dans le budget de l'Etat, il y a une augmentation de 3,4% qui est prévue pour les HUG.

M. Levrat répond qu'il faut différencier le fonctionnement et l'investissement. Cette augmentation est liée au fonctionnement. Entre maintenant et 2035, le vieillissement de la population ainsi que son accroissement vont faire que les systèmes de santé vont être très sollicités.

Pour en revenir à l'aspect financier, **le même commissaire (PLR)** évoque avoir appris qu'il y avait 75% de personnes qui ont été engagées et qui sont uniquement dévolues à l'aspect administratif.

M. Levrat répond que, pour la mise en service du nouveau bâtiment des lits, il faut de nouveaux médecins, mais aussi de nouveaux nettoyeurs, des réceptionnistes et des infirmiers. Dans le cadre de la sous-commission des finances, une slide a été présentée et donne le nombre de médecins et infirmiers. Il y était indiqué 73 personnes qui ne sont pas des médecins ou des infirmiers, mais il n'y a aucune personne qui relève du domaine de l'administratif. Ils sont tous en lien avec le patient. Il souhaitait relever ce point pour éviter une information tronquée.

**Une commissaire (EAG)** informe que, parmi les différentes critiques qui ont été faites au cours des auditions, il y a eu une critique concernant la trop grande marchandisation de la santé qui aurait conduit à une gestion ad minima du personnel et qui rendrait le service de la santé et le service au patient plus difficile. Elle demande à M. Levrat s'il est d'accord avec cette analyse.

M. Levrat répond que la LAMal, par son changement en 2012, a mis l'ensemble d'un système sous une certaine pression. Il pense que là où les HUG peuvent faire des efforts d'efficience, il n'y a pas de raison qu'ils ne les fassent pas.

**La même commissaire (EAG)** demande à M. Levrat ce qu'il entend par « efforts d'efficience ». Elle lui demande si cela signifie qu'il faut faire des économies.

A ce sujet, M. Levrat souhaite donner un exemple. Quand une personne arrive au service des urgences aujourd'hui, la facture est déjà prête au moment où elle ressort du service. Cette facture est rapidement prête, car elle est faite par l'ordinateur qui recherche toutes les prestations qui ont été délivrées au patient, et elle est générée de façon exhaustive. Il s'agit d'efficience, et les prestations sont mieux facturées aux assurances-maladie. Cette efficience ne se fait pas au détriment de la qualité médicale. Cependant, il est vrai qu'accompagner une hausse de besoin en soins en mettant en place le bon nombre de postes est une adéquation assez difficile. L'année prochaine, il y aura 325 postes de plus et aucun de ces postes ne sera des postes administratifs.

M. Levrat estime que c'est ce qui est adéquat. Il cherche à continuer à optimiser une forme de productivité des collaborateurs en évitant une péjoration de la qualité médico-soignante.

**La même commissaire (EAG)** souhaite encore savoir comment M. Levrat explique le turn-over et l'absentéisme important de son personnel.

M. Levrat explique qu'il y a un certain taux d'absentéisme, mais qui n'est pas si important que cela lorsque les HUG sont comparés avec d'autres structures qui fonctionnent 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Il ajoute que le personnel vieillit, et qu'il est plus dur pour un nettoyeur de 63 ans de se lever à 4 heures du matin que pour un nettoyeur de 35 ans. De plus, il y a des personnes qui sont aux HUG pour apprendre puis partir. C'est aussi le but d'un hôpital universitaire. Tout cela crée une dynamique qui est assez forte.

Après s'être posé la question de la fuite des cerveaux, la commissaire (EAG) se demande s'il ne serait pas intéressant de séparer la recherche des soins. En effet, ce qui posait problème aux personnes qui ont été entendues est que, en termes budgétaires, les choses n'étaient pas claires. Ces personnes avaient l'impression que le travail de recherche n'était pas assez soutenu. Elle se demande pourquoi les entités de recherche et de soins sont obligatoirement liées l'une à l'autre. Elle pense qu'il faudrait peut-être un pôle de recherche indépendant en lien avec l'hôpital, mais qu'il ne s'agisse pas de la même institution.

M. Levrat répond que cette entité existe déjà et qu'il s'agit de la faculté de médecine. Il y a la recherche pure, et la recherche clinique pour laquelle d'énormes efforts sont faits. Lors de la lutte contre Ebola, la recherche clinique a permis de développer un vaccin. Il ne souhaite pas que les députés aient l'impression que la direction des HUG désinvestisse dans la recherche, beaucoup de choses sont faites. Cependant, ce qui est vrai est qu'il y a moins de budget. De ce fait, des médecins viennent devant la direction générale avec des demandes auxquelles cette direction ne donne pas suite. Ce n'est pas parce que ces demandes sont mauvaises, mais c'est parce qu'il faut faire des choix. Le professeur Ratib était venu avec une demande de mise à niveau du cyclotron pour 6 millions de francs, et cela était à faire tout de suite. M. Levrat signale qu'il avait alors mis sur ce projet un service chargé des nouveaux équipements avec des experts afin de savoir si cela était nécessaire. La moralité a été que pour 1,5 million de francs, la mise à niveau était possible. La direction a alors répondu à M. Ratib que cela était possible pour moins cher, mais pas dans l'immédiat.

M. Levrat fait ensuite savoir qu'il a mis une collaboration étroite en place avec la Fondation Hans Wilsdorf qui, à Genève, est très généreuse en matière

de soutien à la recherche. Cette fondation distribue 5 millions de francs par année pour faire de la recherche, ce qui correspond à des montants équivalant à ce que le Fonds national suisse de la recherche scientifique distribuait à la faculté de médecine. Il est alors faux de dire que les HUG désinvestissent dans la recherche, mais il est vrai que les moyens ne sont plus les mêmes qu'auparavant. Les HUG restent à la pointe dans certains domaines, et ne pourront pas être à la pointe dans tous les domaines.

**La même commissaire (EAG)** soulève qu'il y a aussi des entreprises privées qui sont intéressées à investir dans la recherche. Elle demande si ces aides induisent à une propriété quelconque dans le travail qui est mené, ou si elles sont simplement et réellement une aide à la recherche.

M. Levrat répond que, au préalable, les parties se mettent d'accord, et qu'il y a des conventions de collaboration qui peuvent exister. En revanche, le fait qu'un jour les HUG inventeront quelque chose qui rendra tout le monde multimillionnaire reste un fantasme. Mais il est important de clarifier ces choses en amont. Il s'agit des mêmes règles et processus appliqués par l'Université de Genève concernant la propriété intellectuelle.

**Un 2<sup>e</sup> commissaire (PLR)** évoque une personne auditionnée qui avait soumis un projet afin de travailler plus en réseau. En effet, pour les soins normaux, il proposait que les HUG s'appuient sur une meilleure collaboration avec d'autres hôpitaux régionaux et même avec des cliniques privées. Selon lui, cela permettrait aux HUG de se concentrer sur la recherche. Le commissaire souhaiterait avoir l'avis de M. Levrat à ce sujet. Ensuite, il aimerait que M. Levrat aide la commission à répondre aux préoccupations de la motion. Il demande quelles sont, d'après lui, les raisons pour lesquelles M. Ratib est parti.

M. Levrat explique que, concernant la question de réseau, il s'agirait de passer d'une logique de sites organisée autour des médecins à une logique de réseaux organisée autour des patients, et que cela implique une réflexion. Il ajoute que ce que M. Ratib proposait concernant l'hôpital Riviera-Chablais revient à quelque chose que les HUG connaissent. Aujourd'hui, si un patient a un problème qui nécessite un regard multiple, il est préférable qu'il soit dans un centre multidisciplinaire comme celui des HUG. M. Levrat est d'accord avec cela. Mais Genève est un canton-ville, et les partenaires dans ce réseau ont des intérêts et des approches variables. Cela est donc complexe, mais des réseaux doivent se développer.

Sans aller dans les détails du départ de M. Ratib, M. Levrat évoque qu'il regrette ce départ. Concernant la motion, il pense qu'il n'y a pas d'hémorragie. Il ajoute que M. Ratib est une personne ambitieuse dans le bon sens du terme,

et qu'il a fait de grandes choses. Lorsque ce dernier est revenu de Californie, il a eu la promesse d'être à la tête d'un département. Il a alors d'abord été chef de département, puis il a été débarqué de la chefferie. Cela s'est fait sous l'époque de M. Gruson, et il se trouve que M. Ratib ne s'est pas entendu avec son successeur. M. Levrat pense alors qu'il s'agit de la raison principale du départ de M. Ratib. Ensuite, ce dernier s'est présenté pour être doyen de la faculté de médecine, et il n'a pas été retenu par ses collègues. M. Levrat pense alors que M. Ratib a été démotivé, et il le comprend. Il poursuit en informant que suite à cela, une proposition a été faite à M. Ratib d'être membre du comité de pilotage de la mise en œuvre de l'hôpital Riviera-Chablais et d'être, en quelque sorte, le directeur médical. Suite à cette proposition, M. Ratib est venu le trouver en lui expliquant ce qui allait être fait en termes d'imagerie à Riviera-Chablais. Mais ceci était déjà fait aux HUG. M. Levrat n'a donc pas compris ce qui allait être fait en termes de nouveauté dans ce nouvel hôpital.

M. Levrat poursuit en signalant que, lorsque M. Ratib l'a informé qu'il voulait partir, il lui a demandé de rester. Il lui a d'ailleurs proposé d'être « prêté » à l'hôpital Riviera-Chablais à 80%. M. Ratib a décidé d'aller jusqu'au bout de sa démarche, ce qui est respectable, et a donné sa démission. Mais à ce moment-là, des règles s'appliquent et font que les professeurs ne quittent pas le CHUV pour venir aux HUG, et vice-versa. Lorsqu'il est parti des HUG, M. Levrat lui a alors dit qu'il ne pouvait pas rester à titre universitaire (professeur). Ces règles permettent d'éviter la surenchère salariale et elles étaient connues du professeur Ratib. Finalement, il y a eu des interventions qui ont permis de trouver un compromis. M. Ratib reste aux HUG à 20% comme professeur invité de la faculté de médecine, et peut, de cette façon, être nommé au CHUV. Cette situation de compromis avait été proposée dès le début. M. Levrat termine par dire que la trajectoire d'un individu n'est pas la trajectoire d'une institution.

**Une commissaire (Ve)** remercie M. Levrat d'être venu devant la commission. Elle pense qu'il a su répondre à beaucoup d'interrogations de ses collègues. De plus, elle fait savoir que la commission avait reçu un ancien collaborateur des HUG qui estimait que l'institution ratait un virage informatique important. Elle demande ce qu'en pense M. Levrat. Elle clôt son intervention en disant qu'une motion qui traite de cas si précis n'a rien à faire au Grand Conseil. Les personnes entendues n'ont été que celles qui étaient mécontentes, et elle pense que cela a biaisé la réflexion de certaines personnes. Elle espère que la commission sera plus prudente à l'avenir.

M. Levrat répond que, ayant affaire à des professeurs de la faculté de médecine qui ont tous des idées et des projets, il apprend beaucoup l'humilité dans son métier. Il a la certitude que les HUG sont un fleuron pour Genève

plutôt qu'une préoccupation, et espère que les députés ont la même vision des choses. De plus, les HUG ont des chasseurs de têtes dont le métier est d'essayer de débaucher les cerveaux. Néanmoins, il remarque que la nouvelle génération de médecin a des exigences sur l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle et que cela pousse les HUG à faire évoluer ses structures. En effet, si une personne est ophtalmologue, pédiatre ou radiologue, elle gagne mieux sa vie dans le secteur privé, ceci sans devoir faire les gardes et elle ne travaille ni le week-end ni le mercredi après-midi. Le fait de maintenir les talents aux HUG fait partie du plan stratégique de l'hôpital. Il faut que les personnes s'épanouissent aux HUG et qu'elles profitent aux patients, à la recherche et à l'enseignement. M. Levrat termine sur ce point-là en signalant qu'il comprend certaines inquiétudes, mais, à travers le document qu'il a préparé, il souhaite montrer qu'il y a beaucoup de possibilités d'avoir des dialogues au sein des HUG.

Concernant l'informatique, M. Levrat informe qu'il a participé à une réunion avec des directeurs d'hôpitaux lors de laquelle la question qui était posée était de savoir s'il fallait investir dans l'informatique. La réponse à cette interrogation était positive dans 80% des cas. Il ajoute que les HUG investissent déjà beaucoup. En prenant l'exemple de la radiologie, il explique qu'IBM a racheté pour 1 milliard d'images de radios, et a développé un logiciel qui s'appelle Watson. Le Luxembourg a décidé cet été que tous les hôpitaux devaient utiliser ce logiciel. Les hôpitaux doivent alors travailler avec cette entreprise qui, étant le fournisseur unique, pratique des prix élevés. Aujourd'hui, l'outil diagnostique Watson est aussi performant, voire plus performant, que les meilleurs radiologues du monde. Il s'agit d'une solution qui n'existait pas il y a 3 ans, et qui, aujourd'hui, arrive sur le marché avec un potentiel de développement phénoménal dans lequel les HUG devront investir. Cela signifie que le métier des radiologues va changer rapidement dans les prochaines années. Par ailleurs, la médecine personnalisée pose la question de la capacité de stockage, ou encore de la façon dont les protocoles de recherche sont menés. Il est donc nécessaire d'investir dans l'informatique. M. Levrat termine par dire que cela fait deux ans qu'il a demandé au responsable informatique qui est parti de lui faire un plan directeur informatique, mais que celui-ci ne l'a pas produit.

**La même commissaire (Ve)** signale que la réponse de M. Levrat l'amène à deux réflexions. Premièrement, elle trouve bien que tout le monde puisse s'exprimer. Elle pense que si l'effervescence peut être évitée au sein de la commission, et que les choses peuvent se résoudre dans le cadre des institutions, alors tout le monde est gagnant. Deuxièmement, elle se demande s'il n'y a pas une question générationnelle liée à ce qui ressort aujourd'hui. En

effet, être médecin aux HUG de nos jours paraît être très différent d'il y a 10 ans. Des gens se plaignent qu'il y a trop d'administration, comme s'il y avait une forme de regret d'une époque passée. Mais le monde a changé, et désormais les assurances sont très exigeantes. L'Etat devient lui aussi de plus en plus exigeant en demandant des comptes précis. Elle se demande alors s'il n'y a pas une nostalgie d'une époque qui est révolue.

M. Levrat explique que c'est sûrement le cas, et que cela ressort notamment dans la volonté que les membres du comité de direction soient plus nombreux. La façon d'exercer le pouvoir et d'assumer des responsabilités est différente aujourd'hui, il ne s'agit plus de maîtriser l'information. Il ajoute que le fait de distribuer les procès-verbaux du comité de direction à tous les chefs de service a déplu à certaines personnes qui lui ont dit que ce n'était pas comme cela qu'il devait faire. En termes de gouvernance, une révolution importante s'est passée. Il y a 3 ans et demi, dans un intervalle court, il y a eu un changement de président du conseil d'administration, de directeur général et de directeur médical. M. Perrier est le troisième directeur médical qu'ont les HUG, il y a donc une forme d'ajustement entre les instances qui doit se faire, et une forme d'apprentissage mutuel sur comment les choses fonctionnent.

**Un commissaire (S)** évoque que la dernière partie d'intervention de M. Levrat lui fait penser à une question qu'il se pose et qui est en lien avec le conseil d'administration des HUG. Il a l'impression qu'il y a un malaise dans le fonctionnement de ce dernier, et il se demande s'il n'y a pas un manque d'échanges lors desquels certains problèmes devraient être discutés. Il demande à M. Levrat si selon lui il serait nécessaire de réformer le conseil d'administration.

M. Levrat répond qu'il a été administrateur de divers conseils d'administration lorsqu'il travaillait à l'Etat, et que la qualité des documents qui sont présentés et les discussions qui sont menées au sein du conseil d'administration des HUG sont parmi les meilleures qu'il a vues ces dernières années. Mais, il y a le fait qu'un conseil d'administration est toujours tenté de faire plus d'opérationnel, et c'est alors parfois difficile de parler de stratégie. Régulièrement, les administrateurs sont déçus de ne pas avoir pu discuter de quelque chose qui est apparu dans la Tribune de Genève. Mais, aujourd'hui, le conseil d'administration a les moyens de discuter d'un certain nombre de choses. Les HUG sont gérés comme une entreprise publique qui touche à la vie et à la mort des gens. Il y a donc des éléments à assumer au quotidien avec beaucoup de responsabilité et d'humilité, et en équipe. Selon M. Levrat, la gouvernance et la stratégie sont assumées de façon satisfaisante par le conseil d'administration, mais il propose au député de poser cette question à M. Canonica.

**La commissaire (Ve)** souhaite rebondir sur la question du commissaire (S). Elle demande à M. Levrat s'il se sent assez challengé par le conseil d'administration.

M. Levrat informe que tous les 15 jours il y a le bureau du conseil d'administration lors duquel tous les sujets sont traités. De plus, une fois par mois, il y a le conseil d'administration. Il n'a donc pas l'impression qu'il y ait des discussions qui ne soient pas abordées. Par ailleurs, il exprime son sentiment d'être suffisamment mis sous surveillance et rappelle qu'il y a 9 instances qui surveillent ce qu'il fait et qui le challenge. Globalement, il n'a pas l'impression de ne pas être assez challengé par le conseil d'administration des HUG.

## **2<sup>e</sup> audition de M<sup>e</sup> François Canonica, président du conseil d'administration (HUG), le 7 novembre 2016**

En guise d'introduction, M. Canonica informe qu'il tentera de ne pas être trop répétitif. Pour ne pas tenir un discours qui serait hypocrite, il essaiera d'aller au centre des débats et demande à ce qu'on l'arrête s'il y a des redondances dans ses propos.

M. Canonica poursuit en évoquant que, selon lui, le sujet de la motion qui est la fuite des cerveaux amène à une question qui demande s'il y a une bonne gouvernance à l'hôpital de façon à assurer la relève, le maintien des valeurs médicales ainsi que le continuum générationnel. S'il avait un manque d'humilité, il dirait qu'il n'y a pas de fuites des cerveaux aux HUG. Cependant, tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes.

M. Canonica explique que, selon lui, la première chose à faire est alors d'essayer de voir comment la crise commence. Il souligne qu'il donnera son avis d'après sa position de président du conseil d'administration. A cet égard, il révèle que la première crise qui est évoquée à l'hôpital lorsqu'il débute son mandat se concentre autour de la succession du professeur Hoffmeyer dans le secteur de l'orthopédie.

Suite à une intervention de M. Hoffmeyer, M. Canonica explique qu'il s'est renseigné à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur des HUG. Il décide finalement de désigner le professeur Hannouche, considérant que c'était le meilleur, et ce malgré les résistances de certaines personnes face à ce choix. Aujourd'hui, il constate que tous les médecins qui faisaient partie de la fronde tirent le tapis rouge à ce professeur et considèrent qu'il est l'un des meilleurs d'entre eux. M. Canonica pense qu'il s'agit d'un exemple qui va à l'encontre d'une idée de fuite des cerveaux, mais qu'il y a d'autres exemples comme celui-ci.

Il poursuit en informant qu'il y a un problème institutionnel probablement améliorable qu'il tentera de décrire plus tard, ainsi que des luttes d'orgueil et d'influence qui sont très fortes aux HUG. Il y a aussi des luttes de territoire et de pouvoir. Un travail considérable s'est fait pour résister aux volontés hégémoniques de certaines personnes. Cependant, M. Canonica évoque que ces problèmes liés à des volontés de pouvoir ne sont pas plus graves aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a 20 ans. Il évoque ensuite que la deuxième crise à laquelle il a fait face lors de son mandat est liée au professeur Ratib. Pour lui, les choses deviennent, à ce moment, plus sérieuses. M. Canonica décide d'écouter les plaintes du professeur qui est un homme d'une grande intelligence. Mais il décide aussi d'écouter tous les grands professeurs, et d'essayer de comprendre s'il a affaire à des chirurgiens auxquels il manque quelques équipements, ou s'il a affaire à des chirurgiens qui évoquent un vrai problème institutionnel. A ce moment-là, le sujet qui le préoccupe le plus est la question de la représentativité. Mais cela n'est pas nouveau. Quand un avocat a été placé à la tête des HUG, la première réflexion de certains a été de demander pourquoi. M. Canonica demande alors s'il faut avoir été bâtonnier pour être à la tête des HUG. Selon lui, il est possible que ce ne soit pas le cas. Il en revient ensuite à la question de la représentativité. M. Ratib avait une volonté d'administrer, aux HUG, une médecine plus individualisée. Il souhaite traiter les personnes de façon plus individuelle (sous forme de protocole rationalisé et personnalisé à untel, ce qu'il appelle un portail). M. Ratib a alors présenté son projet à la direction médicale, mais il ne l'a pas séduite. La raison évoquée par la direction générale et la direction médicale est que son projet n'est pas achevé, et qu'il n'est pas arrivé à maturité. A ce moment, un malentendu se crée entre la direction générale et médicale et M. Ratib. Il s'agit d'un malentendu sur lequel certains vont parler de façon à porter les doléances, parfois légitimes, de M. Ratib, mais aussi de façon à les instrumentaliser un peu.

Suite à cela, M. Canonica comprend que la mèche est en train de prendre. Sa mission est alors de faire en sorte que les choses se calment. Il décide de recevoir M. Ratib, car il considère qu'il y a encore quelque chose à faire. Il fait ensuite savoir qu'il a voulu que son rapport avec M. Levrat ainsi qu'avec M. Perrier soit sain. Ils ne sont ni ses amis ni ses ennemis. Il se doit de garder une distance correcte avec eux. Au moment de cette crise, cela a permis à M. Canonica de leur dire qu'ils étaient en train de se tromper et qu'il fallait trouver un arrangement. A cet égard, M. Ratib a été probablement un peu loin en disant que M. Levrat l'avait empêché d'aller travailler aux CHUV. M. Levrat ne souhaite pas que tout le monde aille au CHUV, mais cela est réciproque du CHUV vers les HUG.

M. Canonica évoque que ce qui a finalement été mis en place n'est pas miraculeux, mais que cela a permis que M. Ratib reste rattaché aux HUG. Sur cette histoire sont venues se greffer des idées qui véhiculent que les HUG doivent faire du chiffre, et que, pour cette raison, il faut faire de la radiographie à foison. M. Canonica pense que M. Ratib a l'âme d'un artiste, et qu'il en faut aux HUG, car ce sont aussi ces personnes qui font avancer les choses. C'est pour cela qu'il a été touché par son départ et qu'il a voulu mettre une solution en place. Il se demande quelle est la part de frustration de M. Ratib de ne plus avoir été reconnu dans ses talents de grand créateur. Mais il se demande aussi quelle est la part de justesse de M. Perrier qui a trouvé que le projet de M. Ratib n'était pas abouti. M. Canonica évoque avoir essayé de faire la part des choses pour que les HUG ne perdent pas ce cerveau et croit y être maladroitement parvenu. La relation n'a pas été pérennisée à 100%, mais M. Ratib n'est pas complètement parti des HUG. Ce qu'il espère est que, lorsqu'il sera efficient à Riviera-Chablais, il amènera aux HUG les patients auprès de qui il fera valoir les mérites du développement de sa médecine personnalisée.

Au niveau institutionnel, M. Canonica pense que la vraie question se situe au niveau de l'organigramme. Deux commissions hospitalo-universitaires sont responsables du recrutement (une au niveau général, une autre au niveau individuel) et, de son point de vue, elles travaillent bien. Il trouve que les dossiers qui remontent sont des dossiers qui ont été réfléchis. Il n'a pas vu de jeu d'influence qui permette de considérer que certains professeurs ont été privilégiés. Quand ces dossiers remontent au conseil d'administration, il explique qu'il passe du temps à lire les rapports et à comprendre pourquoi un médecin a été privilégié et pourquoi un autre a été évincé. En termes d'institution, M. Canonica ne pense pas que cela dysfonctionne. Les choses peuvent être mieux faites, mais il n'y a pas de gros problèmes.

En termes de gouvernance, la vraie question est le collège des chefs de service ainsi que la direction médicale. Du point de vue de certains médecins, M. Canonica rapporte que la direction médicale n'est pas représentative du collège des chefs de service. Il s'agit d'une première vision des choses. Une vision différente des choses est assumée par M. Perrier, qui, pour M. Canonica, est quelqu'un de très intelligent avec une capacité d'adaptation et d'écoute importante.

M. Canonica poursuit en informant que, jusqu'en 1992-1993, il n'y avait pas de direction médicale. Après une erreur médicale d'un professeur qui avait coûté la vie à une patiente, ce qui bruissait à l'hôpital était que la surveillance des médecins entre eux était insuffisante. Les médecins savaient que ce professeur n'était plus capable d'opérer depuis des années, mais aucun chef de service ne lui avait retiré ce droit. Suite à cela, l'hôpital s'est dit qu'il fallait un

organe de gouvernance et de surveillance, et c'est cela qui est à l'origine de la naissance de la direction médicale qui va se situer au-dessus du collège des chefs de service. A partir de 1992-1993, il a alors été mis en place une direction médicale issue des failles identifiées par le professeur Bernheim (mandaté à l'époque sur le sujet) dans le processus d'autocontrôle des chefs de service. Il a été considéré que si les chefs de service étaient reconnus dans leur autonomie clinique ainsi que dans leur indépendance, il fallait quand même une institution qui chapeaute le registre de la surveillance. Une fois cette direction médicale établie, il a fallu se demander s'il fallait donner aux chefs de service une vraie représentativité. En effet, ce qui est reproché au conseil d'administration et à M. Levrat est que des personnes comme M. Philippe considèrent aujourd'hui ne plus être représentées.

M. Canonica pense qu'il ne faut alors pas jouer avec le feu et qu'il faut s'interroger sur la direction médicale ainsi que sa fonction de représentativité. Il peut alors se poser la question différemment et se demander si, dans le cas où la direction médicale n'est que représentative du collège des chefs de service, alors est-ce qu'elle perdrait en autorité. Ce qui est important est le coulissage des responsabilités essentielles pour l'hôpital entre le collège des chefs de service et le directeur médical. A cette question, M. Canonica signale qu'il n'a pas encore de solution. Cependant le problème est posé, et il y réfléchit.

**Un commissaire (UDC)** pense que les problèmes de jalousie et de pouvoir ont toujours existé dans des milieux fréquentés par des personnes intelligentes. Cependant, il se demande comment il se fait que cela ressorte aujourd'hui, et à ce point. De plus, il souhaite savoir si les recommandations du conseil d'administration sont toujours bien suivies par la direction.

**Un commissaire (PDC)** souhaite poser une question sur la gouvernance de l'hôpital. En effet, les HUG sont obligés de faire aussi le travail d'un hôpital de district, et il soulève que cela mène probablement certains chefs de service à penser qu'ils ne font pas le travail qu'ils devraient faire et qu'ils doivent faire du chiffre. Cela ne se passe pas ainsi à Lausanne. Ce qui a été évoqué par M. Ratib est qu'il était aux HUG pour mettre des choses en place que personne ne faisait ailleurs, et pour, ensuite, les mettre à disposition d'autres structures hospitalières.

M. Canonica signale que les questions du commissaire (UDC) sont gênantes, car elles sont très pertinentes. En tant que président du conseil d'administration, il tentera d'y donner des réponses franches sans alimenter la polémique.

Pour répondre à sa deuxième question, M. Canonica informe qu'il ne doute pas qu'il y ait une rumeur dont il ne connaît pas l'intensité, mais dont il devine les origines qui véhicule que M. Levrat agit comme il veut quelques soient les décisions du conseil d'administration. Cependant, il souligne que cela est faux. S'il met une distance avec M. Levrat, c'est aussi pour pouvoir lui dire quand il a tort. S'il avait véritablement le sentiment fondé que M. Levrat disqualifiait le conseil d'administration et ses décisions, et qu'il menait la politique qu'il voulait mener, alors il n'aurait pas le droit de taire ce sentiment. M. Canonica sait que la rumeur circule et s'est alors interrogé. Il est possible que des membres de son conseil d'administration considèrent que les décisions leur sont trop imposées, car quand ils doivent se prononcer les dossiers sont déjà bien préparés. Mais cela n'est pas propre à sa présidence. Certains administrateurs pensent peut-être qu'il y a trop de formalisme aux HUG.

En ce qui concerne la première question du commissaire (UDC), M. Canonica n'a pas de réponse et préfère ne pas en avoir. Il pense que M. Levrat a des défauts, qu'il doit améliorer certaines choses, mais cela est réfléchi. A ce sujet, il informe avoir consulté le un autre professeur qui lui a dit avoir une confiance aveugle en M. Perrier et M. Levrat. Mais, d'après ce professeur, il y a en effet peut-être un problème de représentativité. Il pense qu'il faut alors être prudent pour ne pas générer de frustration. Cependant, d'autres personnes n'ont pas autant de bienveillance à l'égard de M. Levrat et de M. Perrier. Il y a quelque chose à travailler, mais aussi un peu d'instrumentalisation.

Pour répondre à la question du commissaire (PDC), M. Canonica répond que, s'il était politicien, il demanderait au Conseil d'Etat de cesser de réduire les subventions. Cependant, ce n'est pas son cas et il pense que, la réponse à cette question est peut-être de travailler les synergies avec la médecine privée. Mais cela n'est pas si simple.

**Une commissaire (MCG)** signale que beaucoup d'intervenants se sont prononcés en utilisant le mot « on », alors qu'ils étaient seuls face aux députés. Elle pense que toute cette polémique autour des HUG peut être néfaste pour l'ambiance de travail. Elle demande alors si, en dehors du travail qui peut être fait pour améliorer la représentativité, M. Canonica envisage une autre façon de ramener la paix.

M. Canonica explique que ce sont les institutions qu'il faut essayer d'améliorer. Si la question est de savoir s'il faut remonter, au sein du comité de direction, le président du collège des chefs de service, il ne donnera pas de réponse, car son raisonnement n'est pas encore arrivé à maturité. Cependant, il souhaite appeler les députés à faire attention à leur hôpital.

## **Discussion des commissaires sur le gel de la motion, le 28 novembre 2016**

**Un commissaire (PDC)** informe la commission que la Cour des comptes fait un audit sur la gouvernance de l'hôpital, et il propose donc de geler le débat en attendant le rapport.

**Un commissaire (PLR)** est d'accord avec cette proposition. Ne sachant pas quand le rapport sortira, il pense qu'il est dans l'intérêt de la commission de ne pas vouloir aller trop vite. Quelle que soit la position finale des députés sur la motion, si la Cour rend un rapport qui contrecarre cette position, la commission s'affaiblit.

**Un autre commissaire (PLR)** affirme que le rapport de la Cour est purement sur la gouvernance. S'il a bien compris, tous les administrateurs vont être contactés par la Cour cela devrait être fait assez rapidement. Il pense que ce n'est pas gênant de geler les débats le temps que le rapport sorte. Cependant, il pense que la commission devra faire attention. En effet, l'hôpital est un établissement autonome, et il ne faut pas que les députés se mêlent de l'opérationnel. Ça peut poser problème qu'une invite demande au conseil d'administration d'avoir un certain nombre de médecins au sein de la direction. Pour finir, il pense qu'il n'est pas nécessaire de discuter du fond de la motion maintenant et propose d'attendre le rapport de la Cour des comptes.

**Un commissaire (UDC)** va dans le même sens que ses collègues. Il se réjouit d'avoir le rapport de la Cour pour pouvoir aller plus loin.

**Une commissaire (S)** n'a pas la même position que ses collègues. Elle pense que les députés peuvent réussir à donner un point de vue sur la motion. Le contrôle de la gouvernance est un travail spécifique de la Cour, mais dans la motion proposée par un commissaire (PDC), il y a d'autres aspects sur lesquels la commission peut statuer. Elle suggère de continuer le travail.

**Un commissaire (MCG)** pense aussi qu'il faut geler le débat, et laisser la Cour s'occuper de la partie gouvernance.

**Une commissaire (EAG)** est assez d'accord avec ce qu'a dit la commissaire (S) dans le sens où elle ne souhaite pas être à la disposition de la Cour. Par ailleurs, ne travaillant pas sur les mêmes éléments que cette dernière, elle ne voit pas le problème de continuer le travail. Elle ne souhaite pas dépendre des analyses de la Cour.

**Une commissaire (Ve)** pense que la commission peut continuer à travailler sur la motion malgré l'audit de la Cour. Cependant, il est plus délicat de faire une motion de commission. En effet, les informations du rapport de la Cour peuvent être utiles. Elle pense qu'il faut déjà voter la motion, et d'aviser ensuite quand le rapport de la Cour sera rendu. Elle trouve dommage, car la motion est déjà obsolète, et elle se demande à quoi cela sert que de la garder en suspens.

Elle pense qu'il faut la traiter rapidement, et attendre le rapport de la Cour pour décider de la suite.

Le président pense que sans cette motion, la Cour n'aurait pas investigué.

**Le commissaire (PDC)** souligne que, d'après ce qui a été dit lors des auditions, il est clair qu'il y a un problème de gouvernance. Il souhaite attendre le rapport de la Cour afin de voir ce qu'elle conclut. Mais il pense que de dissocier le vote et l'établissement d'une motion de commission n'est pas correct.

**Le premier commissaire (PLR)** n'est pas sûr que ce soit la motion qui ait motivé la Cour à investiguer. Par ailleurs, il ne souhaite pas attendre le rapport trop longtemps, mais pense que c'est faire preuve de bon sens que de patienter un petit peu.

Le président met aux voix le gel de la M 2319 ainsi que des travaux y relatifs :

Pour : 9 (1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 2 MCG)

Contre : 4 (1 Ve, 2 S, 1 EAG)

Abstentions : 1 (1 MCG)

Le gel de la proposition de motion 2319 et des travaux y relatifs est accepté.

### **Discussions finales de la commission, les 19 et 26 mars 2018**

**Une commissaire (Ve)** est d'avis de refuser cette motion. La CCG a mené un certain nombre d'auditions qui l'ont rassurée ; par ailleurs, elle n'apprécie pas le micromanagement que ce genre de motion induit, car elle estime que ce n'est pas au Parlement de commencer à éclaircir les conditions de départ de tel ou tel professeur.

**Un commissaire (S)** ne souhaite pas que cette motion soit retirée, car cela gommerait tous les travaux qui ont été faits. Compte tenu du budget important des HUG, du nombre d'emplois concernés et du statut universitaire de l'hôpital, la question de garantir une qualité de soins irréprochable aux HUG est pertinente. Plutôt que de se baser sur les chiffres des trois dernières années comme le mentionne la quatrième invite, il suggère de demander les chiffres sur les départs des cadres supérieurs et des chefs de clinique depuis le début de l'année 2018, pour avoir une idée à jour de cette situation avant de voter.

**Une autre commissaire (S)** pense que la CCG doit faire un rapport et ne pas retirer cette motion après le temps qu'elle a passé dessus. En outre, elle estime que le « grand déballage » présenté dans cette motion n'est pas bon pour

l'institution. Elle propose de terminer les travaux et de fermer la motion d'une belle manière.

**Un premier commissaire (PLR)** trouve que cette motion a du sens, même si elle est un peu dépassée sur le plan chronologique, notamment pour le professeur de radiologie mentionné dans le document. Néanmoins, cette motion relève un réel problème, à savoir comment se font les engagements, quelles sont les conditions qui maintiennent ou pas les acteurs en place, et comment s'assurer que les meilleures personnes peuvent perdurer aux bons endroits aux HUG. Par conséquent, il soutiendra cette motion.

**Un deuxième commissaire (PLR)** précise que son parti est un peu divisé sur ce point ; comme l'a signalé son préopinant, certaines invitées de cette motion sont en effet dépassées, mais on peut tout de même se demander s'il y a une véritable hémorragie ou s'il s'agit plutôt d'un tournus. Pour sa part, il a un peu eu l'impression d'avoir assisté à une guerre de tranchées entre des personnes qui ne s'aiment pas. Il comprend la position de son préopinant, mais il ne soutiendra pas cette motion.

**Un commissaire (PDC)** rejoint ce qu'a dit le premier commissaire (PLR), car le problème est réel. Il est vrai que la motion n'est plus d'actualité, mais c'est toujours le cas lorsqu'une motion traîne pendant des mois avant d'être votée. L'avantage de la CCG est que les sujets qui ont été traités sont mentionnés dans le rapport annuel du président, il restera donc une trace des travaux sur cette question de la fuite des cerveaux aux HUG même si la motion n'est pas votée. Selon lui, il ne s'agit pas d'une hémorragie, mais d'un problème de nomination et de gestion des services ; ce problème est maintenant visible dans la perte d'impact de l'hôpital cantonal sur le reste de la Suisse romande.

**La commissaire (S)** partage l'avis du 2<sup>e</sup> commissaire (PLR), car lors des auditions, elle a eu l'impression d'assister à des conflits internes de personnes qui faisaient des remarques les unes sur les autres, ce qui l'avait mis mal à l'aise. Elle ne peut pas accepter ce genre d'ambiance délétère où chacun peut incriminer l'autre sans impunité. Pour ces raisons, elle refusera cette motion.

**Une commissaire (EAG)** estime que ce problème est interne aux HUG et n'est pas du ressort de la CCG ; elle refusera cette motion.

**La commissaire (Ve)** précise sa première intervention. Elle considère que ce n'est pas au Parlement de commencer à régler les problèmes qui surviennent dans les services des HUG. Si M. Bläsi, premier signataire de la motion, est informé de certains dysfonctionnements, il peut les communiquer au conseil d'administration de l'hôpital dont le rôle est de se saisir de ces questions ; la mission de la CCG est de légiférer et non d'enquêter pour connaître les raisons

de l'engagement ou du départ de tel ou tel professeur. Elle estime qu'avec cette motion, la CCG entre trop dans la gouvernance de l'hôpital et elle ne soutiendra pas ce texte.

**Le commissaire (S)** remercie les auteurs de ne pas avoir retiré cette motion, ce qui permettra qu'elle soit mentionnée dans le rapport annuel, quel que soit le sort qui lui sera réservé. Il regrette toutefois que les quatre invites n'aient pas été modifiées ; il propose de garder la première invite telle quelle, de supprimer les deuxième et troisième invites, et de reformuler la quatrième. Si ces amendements ne sont pas acceptés, il refusera cette motion.

Le président indique que le MCG refusera également cette motion. Il ne pense pas que la CCG a traîné dans le traitement de cette motion et est satisfait des réponses qui ont été apportées lors des auditions.

**Le premier commissaire (PLR)** estime la M 2319 révèle un vrai problème et a son sens ; il est d'accord de l'amender dans le sens proposé par le commissaire (S), mais maintiendra son avis sur le soutien de cette motion.

**Un commissaire (UDC)** propose que la CCG vote et amène les amendements en plénière.

**La commissaire (S)** pense que les éventuels amendements doivent être décidés au sein de la CCG avant d'être amenés en plénière.

**Le 2<sup>e</sup> commissaire (PLR)** propose de conserver la première invite et de supprimer les trois autres.

**La commissaire (Ve)** n'est pas d'accord avec les considérants.

**Le commissaire (S)** insiste sur le fait que ce qui l'intéresse est d'avoir un rapport circonstancié annuel sur les départs des cadres supérieurs et des chefs de clinique, et non durant les trois dernières années comme le propose la quatrième invite.

Le président rappelle qu'un rapport sur la gestion des HUG est déjà traité à la commission de la santé et ne juge pas nécessaire que la CCG se penche aussi sur cette question. Il ajoute que la CCG a eu les réponses à ses questions sur la fuite des cerveaux et que le 90% de ces personnes est parti à la retraite.

Le président met aux voix l'amendement de **du 2<sup>e</sup> commissaire (PLR)** qui propose de supprimer les deuxième, troisième et quatrième invites :

Pour	:	10 (4 PLR, 2 S, 1 UDC, 1 PDC, 1 Ve, 1 EAG)
Contre	:	—
Abstentions	:	3 (2 MCG, 1 S)

*Cet amendement est accepté.*

Le président met aux voix la motion telle qu'amendée ci-dessus :

Pour	:	7 (4 PLR, 1 UDC, 1 PDC, 1 S)
Contre	:	3 (2 MCG, 1 Ve)
Abstentions	:	3 (2 S, 1 EAG)

***La motion amendée est acceptée.***

*Catégorie de débat préavisée : 2, 30 minutes.*

### **Conclusions du rapporteur**

La motion 2319 a fait l'objet d'une étude approfondie par la commission de contrôle de gestion. Elle a donné lieu à sept auditions, sans compter celles des auteurs de la motion. Le directeur des HUG et le président du conseil d'administration ont été entendus à deux reprises.

Certains commissaires ont été gênés par ce qu'ils ont perçu comme un « grand déballage » de conflits internes. Le travail de contrôle aurait dû être réalisé, selon ceux-ci, par l'intermédiaire des représentants des partis au conseil d'administration.

Dans le même temps, la Cour des comptes a investigué la gouvernance des HUG, ce qui a motivé le gel de la motion (suspension des travaux concernant la M 2319 de novembre 2016 à mars 2018). Dans son rapport (n° 120, septembre 2017), la Cour des comptes met en exergue plusieurs éléments ayant conduit à l'affaiblissement du rôle du conseil d'administration : séances trop peu nombreuses, pas de sous-commissions thématiques, absence de cahier des charges (vade-mecum) pour les membres du conseil d'administration qui définirait les attentes et les limites de cette charge, non mise à disposition de l'ensemble des membres du conseil d'administration des documents nécessaires à leur mission, manque d'information suivie et synthétique des sujets stratégiques afin de permettre aux membres du conseil d'administration de comprendre l'évolution de ces sujets stratégiques, etc.

Lors de la reprise des travaux, force a été de constater que l'objet de la motion était, pour partie, devenu obsolète.

L'invite concernant le maintien du professeur chargé de la médecine nucléaire avait trouvé une issue partielle, ce professeur étant maintenu aux HUG pour 20% de son activité.

Les conditions de son départ ont été éclaircies au cours des auditions, ce qui rend inutile la demande d'explications supplémentaires au Conseil d'Etat.

La demande d'un rapport qui concernerait les circonstances des départs des cadres supérieurs pour les trois dernières années a fait l'objet de discussions et d'une information détaillée. Certains commissaires souhaitaient renforcer cette demande et la rendre annuelle et pérenne. Finalement la commission a décidé de supprimer cette invite.

La commission retient donc seulement la première invite, qui demande d' « engager les réformes nécessaires pour une gouvernance et un management propre à ... garantir de conserver une qualité de soins irréprochable aux HUG ».

Une réforme qui pourrait être utile, dans ce sens, est celle qui a été suggérée par le président du conseil d'administration, M<sup>e</sup> Canonica, à savoir de faire entrer le président du collège des chefs de service au sein du comité de direction.

En conclusion, la majorité de la commission de contrôle de gestion retient la première invite de la motion 2319 et vous engage, Mesdames et Messieurs les députés, à voter la motion ainsi amendée.

## **Proposition de motion (2319-A)**

### **Fuite des cerveaux aux HUG : arrêtons l'hémorragie !**

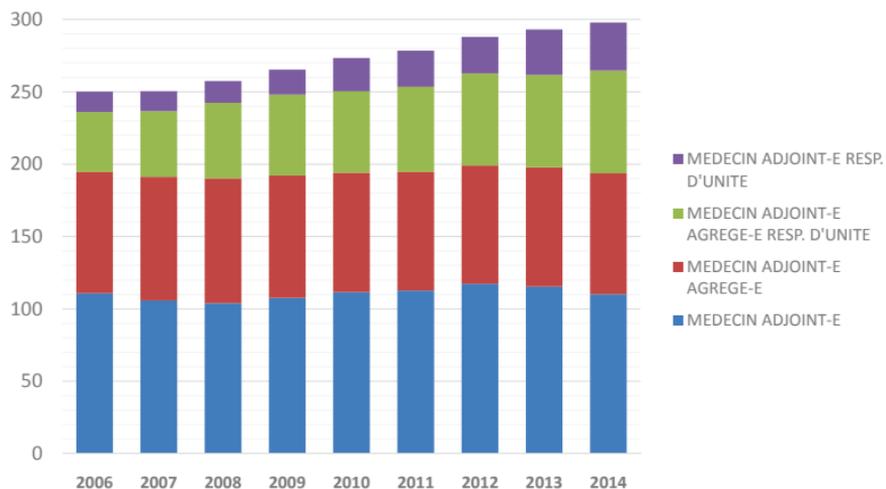
Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève  
considérant :

- les difficultés rencontrées par les services d'ophtalmologie, de dermatologie et d'orthopédie, partiellement admises par le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé ;
- les départs annoncés de la directrice des affaires extérieures et du directeur du département d'exploitation des Hôpitaux universitaires de Genève ;
- le récent départ du professeur chargé de la médecine nucléaire qui est une perte majeure pour l'hôpital cantonal et ses patients ;
- les conditions dans lesquelles s'exerce ce départ qui ne semble pas conforme à ce que l'on est en droit d'attendre dans notre République et engage la crédibilité de l'Etat quant aux méthodes employées par ses représentants ;
- la remontée constante d'informations à tous les niveaux de responsabilité concernant le management, les missions et les conditions de les exercer en baisse significative,

invite le Conseil d'Etat

à engager les réformes nécessaires pour une gouvernance et un management propre à nous garantir de conserver une qualité de soins irréprochable aux HUG.

## Evolution des postes de médecin-adjoint(e) aux HUG de 2006 à 2014



- Augmentation du nombre de cadres médicaux aux HUG de 20% en 10 ans
- Plus de la moitié ont un titre universitaire, dont 15% professoral

## **Communication aux membres de la commission de contrôle de gestion du Grand Conseil**

*En vue de l'audition du 31 Octobre du Pr Ratib concernant la motion M 2319 « Fuite des cerveaux aux HUG ».*

Je remercie la commission de contrôle de gestion du Grand Conseil de m'auditionner dans le cadre de ses travaux sur la proposition de motion 2319, me donnant ainsi la possibilité de témoigner de mon expérience aux HUG et des conditions qui m'ont amené à démissionner des HUG.

Ayant fait mes études à Genève simultanément en médecine et en physique j'ai ensuite entamé une spécialisation FMH en médecine interne et en cardiologie complétée par un deuxième FMH en radiologie en sous spécialité de médecine nucléaire. Cette formation à Genève a été entrecoupée par un premier séjour de 3 ans aux Etats Unis pour un master et un doctorat en biophysique médicale. Après avoir occupé le poste de médecin adjoint en radiologie et dirigé l'unité d'imagerie numérique pendant 6 ans je suis retourné en Californie pour occuper le poste de professeur ordinaire et vice Chairman de radiologie à l'université de UCLA à Los Angeles.

En 2004, alors que je dirigeais depuis près de huit ans le département de radiologie d'une des plus grandes universités américaines à Los Angeles, j'ai été sollicité à plusieurs reprises par des collègues de Genève et en particulier par le Prof Terrier, vice-doyen de la faculté de médecine et chef du département de radiologie, pour revenir à Genève et diriger ce département dans une vision orientée vers les nouvelles technologies et l'imagerie moléculaire.

J'ai finalement accepté de revenir en 2006 pour mener cette mission avec succès, appliquant une stratégie fédératrice d'intégration des services de radiologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et d'informatique et en y associant le nouveau service de neuroradiologie que j'ai contribué activement à créer.

Le développement de l'ensemble des services du département a également été ponctué de plusieurs projets innovants qui ont permis de placer les HUG et l'UNIGE sur la scène nationale et internationale.

Parmi les projets que j'ai personnellement dirigé, je tiens à citer le développement du logiciel OsiriX, un des logiciels Open-Source les plus utilisés dans l'univers de l'imagerie médicale qui équipe actuellement plusieurs centaines d'institutions dans le monde. OsiriX fait partie des outils d'analyse d'image utilisés pratiquement par tous les médecins du monde.

J'ai également initié et conduit jusqu'à leur aboutissement les projets innovants suivants : le premier camion mobile en Suisse transportant un scanner PET-CT destiné aux hôpitaux périphériques ne disposant pas de cette technologie, l'installation aux HUG du premier scanner PET-CT dédié à l'imagerie cardiaque en 2006 et le premier scanner hybride PET-IRM en Europe en 2010.

Au cours de ces années de chefferie du département j'ai poursuivi une politique d'ouverture et de collaboration généreuse de partage de compétences et de moyens avec un nombre d'institutions publiques et privées, dont les hôpitaux de la Chaux de

Fonds, de Sion, de Winterthur, d'Yverdon, mais aussi des cliniques privées comme l'hôpital de la Tour et la clinique des Grangettes. Plus d'une dizaine de conventions de collaboration ont été signées par les HUG avec ces différentes institutions dans le cadre de ces projets.

Des restrictions budgétaires et plusieurs programmes d'austérité (2009-2013) ont amené les HUG à restreindre les ressources et à imposer des augmentations de la charge d'activités cliniques avec pour objectif d'augmenter les recettes. Cette orientation basée sur une augmentation des revenus en particulier de l'activité ambulatoire associée à une réduction des postes et des budgets a contribué à la diminution des ressources disponibles pour le développement de nouveaux projets et une surcharge d'activité qui limitait la capacité des équipes à se consacrer à des projets de recherche ou de développement.

Juste avant le changement du directeur général des HUG il a également été décidé de changer de direction du département d'imagerie, sans préavis et sans explications, avec la simple volonté d'augmenter l'activité radiologique pouvant assurer des recettes supplémentaires. Cette nouvelle orientation a été la cause du départ de certains de mes collaborateurs et du découragement global des équipes ainsi que de l'annulation de plusieurs conventions de collaborations existantes et l'objection à la mise en place de nouvelles collaborations avec des institutions partenaires y compris avec le CHUV.

La nouvelle direction des HUG a poursuivi cette même stratégie de croissance et de compétition avec le secteur privé, en particulier dans les domaines pouvant générer des recettes comme la radiologie.

Le plan stratégique de cette nouvelle gouvernance a cependant porté une attention particulière à la morosité et au découragement des équipes soignantes en y apportant un certain nombre d'initiatives pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins aux patients. Des projets innovants comme la création du centre de l'innovation et l'orientation vers une médecine personnalisée m'ont donné un espoir de renouveau et m'ont amené à adhérer à ce nouveau plan stratégique avec enthousiasme.

Toutefois, force est de constater qu'aucune vision claire sur les solutions possibles concernant le déséquilibre permanent entre ressources à disposition et charges d'activités en constante augmentation ne se dégage de ce plan stratégique. Pour ma part, j'ai plusieurs déceptions sur l'absence de soutien à mes projets de développement et un manque évident d'adhésion à mes propositions malgré plusieurs rencontres et discussions avec le directeur général. A cela est venu s'ajouter un blocage complet du nouveau chef de département pour les projets qui ne seraient pas liés à la génération de nouvelles recettes. J'ai eu alors de plus en plus de difficulté à maintenir une motivation suffisante de mes équipes pour mener certains projets de développement et d'innovation ou même d'assurer nos tâches d'enseignement et de formation de base. La surcharge des équipes a continué à renforcer un découragement général et le départ de plusieurs de mes collaborateurs qui auraient pu se consacrer à une carrière hospitalo-universitaire.

Les nouvelles propositions du plan stratégique des HUG n'avaient pas réussi à les convaincre d'un avenir plus prometteur. Quand un navire coule, ce n'est pas en faisant jouer l'orchestre sur le pont qu'on l'empêchera de sombrer.

Il est grand temps que les HUG s'engagent comme d'autres grands hôpitaux universitaires dans une réforme et une révision radicale de son mode de fonctionnement. Des processus innovateurs de « déconstruction » de méga-structures hospitalière ont déjà été validés ailleurs dans le monde et de nouveaux concepts basés sur une véritable optimisation des systèmes de réseaux de soins (privés et publiques) remplacent avantageusement les stratégies traditionnelles hospitalo-centriques. Dans ces nouveaux modèles, aussi appelés « modèle de l'hôpital liquide », on observe une diminution

considérable de la charge des prestations de bases, mieux réparties sur des institutions partenaires, permettant aux hôpitaux universitaires et hôpitaux de références aussi appelés « flagships ». Ces nouveaux modèles permettent d'être plus performant dans les missions de développement d'une médecine universitaire hautement spécialisée et de prestations orientées vers une nouvelle médecine personnalisée offrant à la population des soins d'une médecine de pointe qui n'est pas encore disponible dans le secteur privé.

Un tel changement devrait permettre à nos futurs « cerveaux » de retrouver les capacités nécessaires pour développer cette nouvelle médecine et de mieux répondre à la mission universitaire qui leur est confiée, en les libérant de la surcharge de prestations cliniques de base et en maintenant une activité stimulante avec la motivation et la détermination nécessaire.

Pour ma part, j'ai choisi d'entreprendre un nouveau défi en participant à la création et au développement du nouvel hôpital public de la région Riviera-Chablais. Il s'agit d'une nouvelle formule d'intégration en réseau entre les hôpitaux de premiers recours et les hôpitaux universitaires. Je mettrais ainsi toutes mes connaissances de la médecine de pointe au service d'une structure qui pourra prendre en charge et « accompagner » les patients dans les itinéraires cliniques complexes et hautement spécialisés, à partir d'hôpitaux de soins généraux. Cette stratégie, basée sur le concept d'un « portail » offert à une population distante des grands centres hospitaliers, devra faire usage des derniers développements en matières informatique et d'intégration des dossiers médicaux pour la prise en charge des patients tout au long de leur parcours. Des prestations de hautes qualités pourront être offertes par ce nouvel hôpital régional en coordination directe avec les protocoles et les processus de soin des centres spécialisés.

Ce modèle de collaboration doit à la fois offrir des soins de proximité en minimisant la charge sur les hôpitaux universitaires et optimisant la prise en charge des patients avant et après leurs soins spécialisés.

Malheureusement, quand j'ai présenté ce projet à la direction générale et la direction médicale des HUG, j'ai dû faire face à un déni complet de la valeur d'un tel projet et même des mises en gardes que ce projet ne serait pas soutenu voire même rejeté par les HUG qui n'envisagent pas qu'une telle initiative se développe en dehors d'un hôpital universitaire. Même la collaboration avec le CHUV et ma nomination académique à Lausanne ont fait l'objet d'une objection officielle du directeur général des HUG. Ce n'est que grâce aux interventions répétées du président du conseil d'administration, amenant finalement l'adhésion de la direction médicale, du rectorat et du décanat qu'une affiliation hospitalo-universitaire m'a été proposée, permettant d'assurer une intégration du projet de l'hôpital Riviera-Chablais avec les HUG.

J'espère sincèrement que ce nouveau projet, qui pourra servir de modèle pour les futurs hôpitaux régionaux, sera réalisé en collaboration étroite avec mes collègues des HUG et avec le soutien de la direction des HUG. Si mon départ des HUG devait initialement ouvrir le débat sur la réorientation des HUG, mon projet à l'hôpital Riviera-Chablais devrait maintenant apporter quelques éléments de réflexion et fournir quelques éléments d'exploration de nouvelles stratégies des réseaux des soins publiques et de leur évolution future.

C'est avec un certain regret mais sans rancune que je quitte ma fonction aux HUG, et sans pour autant que ce soit une rupture définitive. Dans la mesure où une affiliation aux HUG me serait accordée, je continuerais à soutenir certains projets que j'ai initié et qui sont en voie de réalisation et à assurer la fonction de directeur de l'institut d'imagerie moléculaire translationnelle (ITMI), une plateforme de recherche préclinique financée par un don de 10 millions de la fondation Wilsdorf. J'assurerais la gestion et le soutien de cet institut jusqu'à la nomination d'un successeur pour le poste de chef de service de

médecine nucléaire qui pourrait aussi assumer la gestion de ce laboratoire qui représente une plateforme unique en Suisse pour le développement de nouveaux traceurs d'imagerie moléculaire. J'ai aussi l'intention de poursuivre avec mes collègues des HUG et du Campus Biotech les développements de nouvelles structures informatiques de gestion de base de données « BigData » pour l'archivage d'image médicales.

J'espère enfin que les structures et les projets que j'ai pu réaliser pendant ces dernières années comme l'unité cyclotron et le nouveau laboratoire de production de radio-pharmaceutiques ainsi que l'unité mobile d'imagerie moléculaire qui sillonne la Suisse pourront continuer à se développer. Ces projets uniques en Europe devraient aussi permettre le recrutement d'un professeur et chef de service de haut niveau pour me remplacer aux HUG.



Prof. Osman Ratib

Chef de Service de

Médecine Nucléaire et d'Imagerie Moléculaire

Département d'Imagerie et des Sciences de l'Information

Hôpitaux Universitaires de Genève

## ANNEXE 3

## Relations direction générale / médecins-chefs de service

Intitulé	Nbre p/an	Commentaires
Séances ad hoc et bilatérales DG / directeur médical	100	Le directeur médical est responsable de la politique médicale et de son application. En dialogue permanent avec le directeur général, les contacts sont très fréquents et fluides. Selon les sujets un médecin-chef de service est présent.
Tripartite DG / directeur médical / chef de département	84	Une rencontre est organisée toutes les 6 semaines entre le directeur général, le directeur médical et le chef de département (7x12) afin d'échanger sur l'ensemble des sujets touchant les services médicaux du département
Conseil médical d'établissement	20	Le CME est l'organe consultatif du directeur médical. Le Règlement des services médicaux (RSM) stipule (art 14) qu'il donne son préavis sur la politique et les pratiques médicales, la gestion des carrières et les structures médicales. Le président du Collège des médecins-chefs de service en est membre.
Collège des médecins-chefs de service	10	Instance représentative et consultative, le collège s'exprime par des préavis sur la politique médicale générale des HUG. Il est présidé par un médecin chef de service élu. L'ordre du jour des réunions est établi par le Président. Le directeur médical assiste aux séances (alors qu'auparavant il présidait le collège). Selon le RSM, Le directeur général et le doyen peuvent assister aux séances. En pratique, ils participent à chaque séance.
Conseil consultatif de direction	10	Réunissant l'ensemble des chefs de département et le Président du collège des chefs de service, le conseil consultatif de direction réunit une fois par mois ces personnes autour d'un déjeuner avec le directeur général. L'ordre du jour est composé des points amenés par les membres.
Déjeuner DG / médecins-chefs de service	12	Nouveauté amenée par le directeur général depuis 2016 et afin d'avoir un dialogue direct avec des chefs de service, le directeur général convie une fois par mois 5 chefs de service médicaux autour d'un déjeuner informel.
Séminaire institutionnel	1	Nouveauté amenée par le directeur général, 2 jours de séminaire, organisé annuellement, réunissant les cadres de l'institution autour des enjeux stratégiques. L'ensemble des médecins-chefs de service sont invités.
Collège des professeurs de la faculté	9	Présidé par le doyen de la faculté de médecine, le collège des professeurs est un organe universitaire. Le directeur général est invité et participe très régulièrement en spectateur à ce collège.
Commission paritaire de prospective et de planification hospitalo-universitaire	6	Coprésidée par le président du comité de direction des HUG et le doyen de l'unité principale d'enseignement et de recherche (UPER) de médecine de l'UNIGE. Commission chargée de différentes tâches dans le cadre de la vacance ou de la création d'un nouveau poste professoral hospitalo-universitaire. Sont notamment également présents, le directeur médical, des membres du décanat, le président de l'Association des médecins adjoints des hôpitaux (AMAHUG), le président de la section de médecine clinique, le président de l'Association des médecins de Genève (AMG).
Commission de renouvellement des mandats du corps professoral hospitalo-universitaire	1 (début d'année)	Après évaluation, la commission formule à l'intention du collège des professeurs ordinaires de l'UPER de médecine de l'UNIGE, avant décision du recteur et du conseil d'administration, les propositions de renouvellement ou de non-renouvellement des mandats des membres du corps professoral hospitalo-universitaire. La commission est présidée par le doyen de l'UPER de l'UNIGE et composée du président du comité de direction des HUG, de deux membres professeurs ordinaires (parmi les professeurs de la section de médecine clinique (dont le président du Collège des médecins-chefs de service)) et du président de la section de médecine clinique.
PV du comité de direction	50	Nouveauté amenée par le directeur général afin d'avoir une information fluide avec les cadres supérieurs, dont l'ensemble des médecins-chefs de service médicaux, les PV du comité de direction sont distribués à tous.