

Date de dépôt : 31 janvier 2022

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de M^{mes} et MM. Stéphanie Valentino, Christian Zaugg, Jocelyne Haller, Olivier Baud, Pierre Vanek, Salika Wenger, Jean Batou, Pierre Bayenet pour le remplacement du personnel absent des HUG

Rapport de majorité de M. Bertrand Buchs (page 1)

Rapport de minorité de M. Philippe Morel (page 28)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Bertrand Buchs

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé a traité cet objet lors de ses séances des 24 septembre, 15 octobre, 26 novembre et 3 décembre 2021.

La présidence a été assurée par M^{me} Jennifer Conti.

Les personnes suivantes ont assisté aux travaux de la commission :

- M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat (DSPS) ;
- M. Adrien Bron, directeur général de la santé (DGS) ;
- M^{me} Magali Fischer, conseillère scientifique (DSPS) ;
- M^{me} Marie Leocadie, cheffe du secteur prévention et promotion de la santé (DSPS) ;
- M. Nicolas Dobelin, juriste (DSPS) ;

- M. Nicolas Müller, directeur du service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (DSPS) ; et
- M^{me} Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC).

Dans le cadre de ses travaux, la commission a auditionné les personnes suivantes :

- M^{me} Sandra Froidevaux, secrétaire syndicale, SIT ;
- M. Quentin Stauffer, secrétaire syndical, SSP/VPOD ;
- M^{me} Sonia Pignat, infirmière spécialisée « soins intensifs adultes », département de médecine aiguë, HUG ;
- Prof. Christian Van Delden, médecin en infectiologie, HUG ;
- M. Bertrand Levrat, directeur général, HUG ;
- M. François Canonica, président du conseil d'administration des HUG ;
- M. Alain Kolly, directeur RH a.i, HUG ; et
- M. Amir Kigouk, adjoint DRH, HUG.

Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M^{me} Carla Hunyadi.

Nous remercions ces personnes pour leur contribution aux bons déroulements des travaux de la commission.

Présentation de M^{me} Jocelyne Haller, signataire

M^{me} Haller rappelle qu'en 2019 (date du dépôt de cette motion) la ligne de conduite des HUG consistait à ne pas remplacer les absences avant une carence de 5 jours. Il lui avait été dit que c'était une manière de limiter le recours à des intérimaires. La première signataire de cette motion, M^{me} Valentino, non satisfaite de cette réponse de HUG a décidé de déposer cette motion. Elle demandait de mettre en place aux HUG une unité de remplacement. Au cours des auditions sur les rapports de gestion des HUG, il a été mis en évidence qu'il y avait une volonté de réduire le recours aux intérimaires. Mais, selon le personnel, une forte charge demeure. Il reste encore des interrogations sur plusieurs points de vue. Pour M^{me} Haller et son groupe, il demeure important de maintenir cette motion, ne serait-ce que pour avoir un état des lieux plus précis sur cette question à la fois des absences et du recours aux intérimaires. Ils maintiennent cette motion et proposent une audition des HUG pour avoir un point sur la gestion des absences, le recours aux intérimaires, le coût de ces intérimaires et leur politique en matière de CDD.

Audition conjointe de M^{me} Sandra Froidevaux, secrétaire syndicale du SIT, et de M. Quentin Stauffer, secrétaire syndical du SSP/VPOD

M^{me} Froidevaux remarque qu'il existe un vrai problème avec des conséquences à plusieurs niveaux. Le taux d'absence est très élevé, il est d'environ 12,5%. Dans certains services, cela va jusqu'à 15% (notamment en soins intensifs ou en pédiatrie). La question de l'absentéisme pose problème pour les services spécialisés, car il n'est pas possible de remplacer les absents simplement par des intérimaires, en raison des compétences spécialisées requises par ces services. Forcément, les équipes en place travaillent sur leurs congés pour combler le manque de personnel. Le personnel en place s'épuise à son tour, et tombe malade. C'est un cercle vicieux. Les mesures préconisées, à savoir le fait que les remplacements soient à 80%, sont un problème, surtout dans les équipes plus petites. En effet, 20% plus 20% plus 20% du personnel qui n'est pas remplacé fait un total important. Une des choses est de pouvoir renforcer les pools internes. Le fait d'avoir des pools internes, et donc des gens qui ont plus d'expérience, permet de mieux répondre aux besoins. Mais, en ce moment, il n'y a même plus de soignants dans les boîtes d'intérimaires. C'est un vrai défi quand il y a des taux d'absence pareils de pouvoir garantir le travail du service. M^{me} Froidevaux mentionne que ces taux d'absence peuvent être dus tant à un management autoritaire qu'à des mauvaises anticipations dans les renouvellements de postes. Il y a un turnover très important au niveau des responsables des RH. Ce sont des facteurs qui complexifient la chose. Les gens sont épuisés. Après 18 mois de pandémie, les horaires de certains ont été amplifiés. Il ne faut pas s'étonner si dans certains services, notamment les soins intensifs, il y a un tel taux, ils ont été mis énormément à contribution. Certaines personnes n'ont pas pu prendre 3 semaines de vacances parce qu'il faut toujours des gens dans l'équipe.

M. Stauffer poursuit en affirmant que le pool de remplacement actuel n'est pas du tout suffisant. En particulier avec cette crise, les employés ont dû changer plusieurs fois de services et ont l'impression d'être des pions. On leur demandait de changer très régulièrement de service, et le personnel ne comprend pas ce management autoritaire. Un des arguments consiste à dire que s'il y a plus d'absences c'est parce qu'il y a une augmentation de personnes en arrêt « prémat », mais il faut savoir que ce taux est de 0,3%. Cela n'explique donc pas cette augmentation de 1,6. Il y a autre chose derrière. Il ne faut pas se limiter à cette analyse. Depuis longtemps, les HUG ne sont pas suffisamment dotés, il faudrait 500 postes supplémentaires afin de respecter les accords de 2002, mais aussi, s'il y a beaucoup d'absences, c'est qu'ils ont beaucoup tiré sur la corde du personnel ces dernières années. La loi

sur le travail continue d'être violée continuellement au sein des HUG. La direction avait annoncé que cela coûterait 20 millions de francs de respecter la loi sur le travail, qui est d'ailleurs déjà très faible pour les hôpitaux qui bénéficient de multiples dérogations possibles. Le travail de nuit signifie plus de problèmes de santé. La direction leur a annoncé qu'ils ne pourraient pas respecter la loi et que s'il le fallait ils paieraient les amendes. Il y a une sorte de non-considération de l'importance de ce que représente cette loi.

Un commissaire PDC croit savoir que, il y a de cela un peu plus d'une année, la direction des HUG avait pris l'initiative de stabiliser certains intérimaires et d'augmenter le nombre de collaborateurs. Ce personnel supplémentaire était destiné à soulager les unités en sous-effectif. Ils demandent s'ils ont pu constater l'effet bénéfique de cette mesure ou si elle est passée totalement inaperçue.

M^{me} Froidevaux répond qu'en ce qui concerne les postes COVID, dans certains services, vu l'absence antérieure, ils ont permis de revenir à une situation normale et d'absorber les manques antérieurs. Par rapport aux CDI, ce sont des gens qui sont engagés là où il y a des départs. Celles et ceux qui ont été engagés en CDI occupent des postes qui se libèrent de la dotation de base.

Un commissaire PDC demande si la motion permettra de régler le problème. On nous dit toujours que l'absentéisme doit être réglé en augmentant le nombre de postes. Mais finalement on se rend compte que c'est un problème de fonctionnement. Les services qui ont des problèmes sont des services à valeur ajoutée. Il se demande si l'idée d'augmenter le pool de remplacement va régler le problème.

M^{me} Froidevaux explique que, lorsqu'il n'y a pas assez de personnel, les gens s'épuisent. Cela se cumule avec le problème du management.

Un commissaire Ve ajoute que l'on va prendre des gens de ce pool-là pour pallier le manque de personnel, mais on ne va jamais s'en sortir.

M. Stauffer indique que c'est ce qu'il se passe actuellement. On déshabille Paul pour habiller Jacques. C'est cela le problème.

Ce commissaire Ve demande aux auditionnés quelles seraient leurs priorités s'ils avaient une baguette magique.

M. Stauffer répond que le respect de la loi sur le travail serait une priorité.

Pour M^{me} Froidevaux, il est nécessaire de faire des évaluations des besoins de chaque service. Ils ne sont pas très au clair sur la façon dont sont calculées les dotations par service. Il y a des services où tout à coup ils n'engagent plus d'aides-soignants et au contraire davantage d'ASSC. Mais

certaines tâches sont faites par les aides-soignants, donc s'il y en a de moins en moins ils se retrouvent à courir. Donc, un calcul des besoins est important.

Le commissaire Ve s'interroge sur une solution par rapport au management. Ce n'est pas la première fois qu'il entend cette problématique de management.

M^{me} Froidevaux estime qu'il est difficile de répondre. Passer de quelque chose d'hyper vertical à quelque chose de beaucoup plus participatif serait la solution. Et moins d'impunité, également. Quand on essaie de dénoncer, mais que finalement il n'y a pas d'aboutissement, la personne s'en va parce qu'elle n'en peut plus. La personne qui va voir la protection de la personnalité peut parler de manière confidentielle, mais si elle veut que quelque chose s'actionne, elle doit donner son identité. Les gens ont peur de parler et les situations se dégradent. Ils ont par exemple lancé une pétition dans cet esprit de management participatif : pour l'instant, un supérieur n'est évalué que par son supérieur hiérarchique. Ce qu'ils demandent, c'est qu'un supérieur soit aussi évalué par l'équipe. Il faut aussi prendre en compte les avis des équipes. Cela permettrait un réajustement.

Un commissaire PLR demande des explications concernant les 200 postes d'intérimaires qui sont devenus fixes.

M^{me} Froidevaux explique qu'il existe une dotation de base. Après, il est possible de stabiliser des intérimaires et de les mettre dans les postes de cette dotation de base, c'est-à-dire qu'on leur donne un contrat. Les postes COVID sont des postes où il y a eu un crédit additionnel. Ces personnes de ces postes COVID en renfort qui ont des CDI, quand il y a un départ, ils vont repourvoir ce poste-là par des personnes de postes COVID. Et, en attendant, ces personnes ont été dispatchées dans les services, donc cela a soulagé, mais dès qu'il y a à nouveau des besoins à cause du COVID, il y a à nouveau un manque.

Le commissaire PLR demande s'il s'agit de postes additionnels.

M^{me} Froidevaux répond que oui, c'était des postes renfort. Cela dépend du nombre de crédits alloué pour ces postes-là.

Une commissaire EAG revient sur ce que les auditionnés ont dit concernant le fait qu'ils n'engagent plus d'aides-soignants mais des ASSC, et que donc les aides-soignants encore en poste sont submergés. Il demande s'il y a véritablement une politique qui consiste à ne pas engager d'aides-soignants.

M^{me} Froidevaux répond que c'est leur crainte. La direction leur a dit qu'ils ont encore besoin d'aides-soignants. Mais la crainte des aides-soignants c'est qu'il va leur rester la partie du cahier des charges la plus

ingrate. La direction leur dit qu'ils n'ont pas à se faire de souci, qu'ils vont continuer à maintenir des aides-soignants aux HUG.

Audition de M. Alexandre Moser et M. Daniel Fagioli, secrétaires syndicaux d'Avenir Syndical

Ils commencent leurs propos en expliquant qu'il n'y a pas eu de changement deux ans après le dépôt de la motion. La situation s'est même dégradée. Le pool de remplacement s'est créé mais également un pool de remplacement COVID, pour lequel il constate une différence d'appréciation. Ces gens-là (dans le pool de remplacement COVID) ont des changements d'horaire dans la journée, des passages de travail de 8h à 12h par jour, des suppressions de congés et de vacances sans leur accord. Ils ne reçoivent pas d'indemnité alors que pour le pool de remplacement c'est le cas. Il y a des différences de traitement pour des gens censés avoir le même travail. A cela vient s'ajouter qu'ils ont une problématique d'absentéisme, qui est autour de 12,66% (en intégrant les cadres), mais si on prend uniquement les gens sur le terrain c'est encore plus.

Les cadres imposent des horaires coupés aux soignants. Une interpellation a été faite en 2019 dans laquelle ils avaient eu une réponse du responsable des soins que ces horaires coupés avaient été supprimés, ce d'autant que les conseils d'administration des HUG avaient voté le budget nécessaire pour éviter cela. Mais là, ces horaires coupés ont à nouveau eu lieu.

Ils rajoutent qu'il est vrai que le pool a été créé, mais le pool de remplacement aux HUG pose pour l'instant de nombreux problèmes. La loi sur le travail est peu respectée, particulièrement sur le changement d'horaires, ce qui entraîne des conséquences sur la vie privée des personnes, et donc un absentéisme. Depuis le COVID, ils ont créé un nouveau pool, avec des infirmiers qui ont encore moins de droits et qui sont déplacés comme des pions à travers les services. Ils ne reçoivent pas d'indemnité, contrairement aux autres. La problématique liée au COVID est en train de diminuer, mais on continue ces pratiques dans le pool normal ou dans le pool COVID. Le pool présente toujours des problèmes : dans de nombreux services, il n'y a presque plus d'infirmiers au courant de comment fonctionne le service. Très souvent, les unités fonctionnent avec des gens qui connaissent peu ou pas les spécificités des services.

Un commissaire PLR comprend qu'il y a un problème récurrent de manque de personnel, mais en les écoutant il a l'impression qu'il y a plutôt un problème en lien avec le management du personnel.

Ils répondent que le management, c'est aussi engager les bonnes personnes aux bons postes et les dispatcher de la bonne manière. Les HUG augmentent beaucoup le nombre de cadres, ce qu'ils dénoncent depuis assez longtemps. Ils ont de la peine à comprendre certains postes, alors que sur le terrain il manque des personnes. Maintenant, pour eux, la problématique du COVID a été en bonne partie bien managée, mais ce nouveau pool pose un problème de traitement différent, qui est incompatible avec le statut de la fonction publique.

Audition conjointe des représentants élus du personnel au conseil d'administration des HUG, M^{me} Sonia Pignat, infirmière spécialisée « soins intensifs adultes », département de médecine aiguë, et Prof. Christian Van Delden, médecin en infectiologie aux HUG

M^{me} Pignat prend la parole et se présente. Elle est infirmière spécialisée en « soins intensifs adultes », mais aussi représentante du personnel pour le SSP au conseil d'administration des HUG depuis fin 2018.

Concernant le système des dotations de base et délais de carence, la motion date de 2019. En 2019, M^{me} Pignat faisait déjà partie du SSP et il y a eu un calcul sur l'octroi de ces 500 postes supplémentaires. Pour le calcul, ils s'étaient basés sur un accord avec les syndicats qui date de 2002 pour établir le nombre du calcul d'ETP par lit ouvert. A savoir que, dans ce calcul, il était répertorié : 104 jours de repos par année, 15 jours fériés (incluant le pont entre Noël et Nouvel An), 25 jours de vacances, 3 jours de congés statutaires, des congés spéciaux selon l'art. 35, 13 jours en moyenne de maladie et 3 jours de formation au niveau de l'institution. Cependant, ce système de calcul n'est pas linéaire selon la lourdeur des prises en charge des patients. Certaines unités pourraient nécessiter 4 ETP par lit (par exemple en soins intensifs où il y a un besoin beaucoup plus accru de personnel). D'autres unités nécessitent un petit peu moins de 1 ETP par lit (Crans-Montana qui fait de la réadaptation aussi en lien avec l'addictologie). Donc, cette moyenne de 1,8 ETP par lit était vraiment une moyenne, mais il faut la mettre en considération avec la prise en charge particulière des unités au niveau des soins et des spécificités des unités. Les effectifs des infirmiers, ASSC et aides-soignants sont donc à mettre en corrélation avec ces typologies.

Au niveau des absences pour maladie du collaborateur, les HUG ne perçoivent aucun remboursement ou dédommagement, aucune rétrocession au niveau des assurances. En cas d'accident, il y a deux jours de carence et dès le troisième jour l'assurance La Bâloise finance un remplacement à 80% du taux d'engagement du collaborateur. En cas de maternité, le financement

du remplacement est de 80% du taux de travail de la collaboratrice durant les 16 semaines de son arrêt maternité. Il n'y a pas de remplacement pour la pré-maternité non plus, il n'y a pas de rétrocession ou de dédommagement. Lorsque les HUG reçoivent une rétrocession de la part des assurances, ces rétrocessions sont faites sur le salaire-horaire de jour et n'incluent pas les primes de week-end, de jours fériés et de nuits. De ce fait, on pourrait se dire que les personnes qui viennent remplacer aux HUG, on va ne les faire travailler que deux jours et le reste des collaborateurs va devoir assumer le reste des horaires de nuit, de week-end et de jours fériés. Par rapport à ce système qui avait été calculé selon les accords syndicaux de 2002, il y a déjà à la base 13 jours d'absence maladie ou accident qui avaient été inclus. De ce fait, selon les départements et la façon dont la directive est appliquée, il y a aussi des cadres qui rechignent à remplacer rapidement en se basant sur ce qui avait été conclu en 2002. Afin d'améliorer le problème des absences aux HUG, il y a eu la création d'une équipe de pool, c'est une équipe de remplacement mobile. Celle-ci comporte des aides-soignantes et des infirmières. Cette équipe remplace lors d'absences de courte durée. Elle peut être sollicitée jusqu'à deux fois 5 jours ouvrés. Or, le nombre de personnes dans ce pool reste insuffisant pour combler toutes les absences sur les sites au niveau des HUG. Ceci dit, en lien avec une augmentation d'activité de secteur ou de département, il y a une moins grande mobilité de cette équipe de remplacement. Cette unité de pool a été créée en diminuant les dotations de base des équipes. La difficulté, c'est que les personnes qui travaillent dans ce pool sont attribuées aux équipes qui ont la plus grosse charge en soins. Certains départements créent donc leur propre équipe de pool, comme en psychiatrie ou en médecine aiguë. Ces équipes de pool ont la particularité de travailler sur des horaires de semaine et pas du week-end. Les dotations de base dans les équipes ont été diminuées afin de créer ces équipes de remplacement. Pour le calcul et l'attribution du personnel au niveau des lits et des unités, il faut reprendre en compte le nombre de lits que l'unité comporte, ainsi que la part du DRG, qui est un forfait de tarification de prestations hospitalisations stationnaires qui est appliquée au niveau des assurances en Suisse.

Toutes les unités n'ont pas besoin du même ratio de médecins et d'infirmiers, selon que l'on travaille dans un secteur extrêmement aigu ou dans un secteur de réhabilitation. Les unités reçoivent un montant financier par lit. Le personnel est calculé selon le nombre de lits prévus dans l'unité. Or, si ces lits restent vides et sans patient, il n'y a aucune rétribution financière pour la non-occupation de ces lits vides au niveau de l'institution. Ces unités peuvent avoir des charges en soins extrêmement importantes, en

lien avec la lourdeur des prises en charge. En l'occurrence, la complexité des prises en charge des patients a largement augmenté ces dix dernières années. Ils ont des patients polymorbides, donc bien souvent qui ont plus de 10 pathologies associées, ce qui implique énormément de soins, bien que la personne n'occupe qu'un seul lit. De ce fait, une unité peut avoir énormément de travail, mais malheureusement pour la facturation ce sera problématique, parce qu'il y a peut-être 3 lits vides, alors que la prise en charge est élevée. Le calcul de ces soins se fait sur les points Moka ou les PRN, et ces points sont calculés par 5 minutes de prise en charge au niveau des soins infirmiers/aides-soignants. Pour calculer, il y a des systèmes qui sont faits différemment. Sur les unités de soins à l'hôpital, ils ont un système qui s'appelle « dossier patient informatisé », selon ce qui a été inventorié sur la prise en charge du patient, ces calculs vont se faire automatiquement dans les unités de soins et dans d'autres domaines, tels que les soins intensifs adultes ou de pédiatrie, ils doivent eux-mêmes calculer cette charge de travail. Et là, la difficulté, c'est la façon dont ils ont été formés pour le calcul de ces charges en soins au niveau infirmier. Au niveau de la gestion des unités, il apparaît que plus l'unité est petite, plus il est difficile de gérer les absences au sein de ces unités et que le ratio parfait pour les cadres infirmiers de l'unité afin de gérer les absences tourne autour de 22 et 24 lits, ce qui permet un système de dotations du personnel plus facile. L'autre élément à prendre en compte, c'est qu'au sein des différents départements des HUG, la dotation de personnel au pied du lit n'est pas forcément calculée de la même manière. Ils ont des IRES (infirmières responsables de l'encadrement de soins), des quality officer, qui s'occupent plutôt de tout ce qui se trouve au niveau recherche et problématique dans l'unité. Et selon les départements, ces personnes qui ne sont pas effectives au pied du lit du patient sont quand même dotées dans la dotation de base de l'équipe de soins. Donc, la dotation sur un poste qui devrait être au pied du lit est indirectement transvasée sur une autre fonction. Pour les directives de remplacement afin de repourvoir les postes vacants, il y a parfois une certaine lenteur à repourvoir ces postes. Il peut y avoir des postes qui ont été mis au concours depuis le début de l'année, pour lesquels les différentes unités ont formé soit des apprentis, des CFC comme assistante en soins et santé communautaire, soit des infirmiers. Arrivée en fin de formation, la personne fait une demande pour venir travailler dans cette unité-là, et finalement ni l'unité ne reçoit la personne qu'elle a formée ni la personne qui postule au niveau des HUG ne se voit d'office attribuer ce poste. Cela engendre un investissement supplémentaire ensuite pour les équipes qui forment sans cesse, afin d'avoir un nouveau collaborateur et de nouveau former cette personne. Ceci engendre aussi de la frustration et demande de l'énergie supplémentaire, par rapport à ce travail

qui est mis à côté de leur prise en charge des patients. Concernant les diverses mises en application selon les départements et les enveloppes budgétaires, chaque département n'a pas la même manière de faire : en médecine par exemple, c'est une enveloppe qui est globale pour tout le département de médecine. Lorsqu'une unité manque de personnel, ils vont demander un petit peu plus haut pour savoir comment la gestion de l'absence peut être faite. Et le budget est donné dans l'unité nécessitante, mais en chirurgie l'enveloppe est par unité. Si tout à coup il y a une femme qui est en arrêt pour longue durée et deux congés maternité au sein de la même unité, ce n'est pas la même chose en termes de ressources budgétaires que si l'enveloppe est globale dans le département.

Pour le remplacement des absences aussi, ce qui est problématique au niveau des HUG, ce sont les remplacements à long terme. Certains remplacements sont très faciles à évaluer, comme les congés maternité et pré-maternité. Dans d'autres situations, ce sont des certificats médicaux qui arrivent de mois en mois et, de ce fait, il n'y a pas tellement la possibilité de se dire que le poste pourra être remplacé sur du long terme. C'est plutôt une gestion de mois en mois, voire de semaine en semaine, ce qui complique aussi beaucoup les remplacements dans les unités.

En conclusion, pour améliorer le système, il y a certainement un moyen de faire au niveau interne des HUG sur la gestion de ces absences. Une meilleure dotation de base des collaborateurs permettrait aussi d'améliorer le système. Sur le nombre d'absences, personne n'est sans savoir que ce sont des métiers dans les soins qui sont à haut risque de burnout, et d'avoir une dotation de base correcte permet aussi de mieux gérer toutes les frustrations qui sont engendrées sur les plannings, en termes de week-end de travail, en termes de dotation de vacances. Plus on fonctionne avec des ETP bas, moins la marge de manœuvre va être aisée pour fonctionner avec des plannings et la gestion des horaires des collaborateurs.

La présidente remercie M^{me} Pignat pour sa présentation. Elle a besoin d'une précision, parce que la motion affirme que les HUG sont remboursés par l'assurance dès le premier jour d'absence.

M^{me} Pignat répond que cela est faux et que c'est à partir du deuxième jour.

Concernant le délai de carence de 5 jours, la présidente demande si cela signifie qu'une personne qui est absente n'est remplacée qu'à partir du cinquième jour.

M^{me} Pignat répond que cette politique a été mise en place en 2019, parce qu'ils arrivaient à 50 millions au niveau des soins de recours à l'intérim. Des

collaborateurs étaient engagés comme intérimaires pendant plusieurs années sans avoir une pérennisation de leur contrat. Pour le remplacement, c'est 2 jours où il n'y a pas de rétrocession au niveau des HUG, le troisième jour il y a une rétrocession qui est faite au niveau des assurances à 80%. En termes de remplacements, les accidents professionnels ou non professionnels représentent une partie minimale au niveau des HUG. La principale cause d'absence est la maternité ou la maladie. Et, pour ces cas-là, il n'y a pas de rétrocession. Donc, de dire que les HUG s'enrichiraient sur le dos des remboursements des assurances-accidents n'est absolument pas le cas, parce que le pourcentage des accidents est minime par rapport au pourcentage au niveau de la maladie ou des autres absences, pour lesquelles il n'y a pas de rétrocession.

M. Van Delden répond qu'il y a une directive depuis 2019, mais qu'elle n'est pas forcée, c'est-à-dire que les départements ont une certaine liberté pour l'appliquer. Cette liberté a un sens, mais pose quelques problèmes. Elle a un sens parce que, par exemple dans un service où il y aurait plusieurs absences en même temps, le fait d'attendre 5 jours ou de remplacer immédiatement change tout. Alors que dans une unité où ce serait la première absence, peut-être qu'il est possible d'attendre les 5 jours avant de recourir à une tierce personne. De l'autre côté, cela mène à des frustrations dans le personnel, parce qu'ils se rendent compte que, d'un département à l'autre, il y a des applications potentiellement un peu différentes de la directive.

M. Van Delden commence par se présenter. Il est médecin responsable d'unité aux HUG et également délégué du personnel au sein du conseil d'administration des HUG. Beaucoup de choses ont changé depuis le dépôt de la motion. Il y a eu entre-temps beaucoup d'efforts de la part de l'institution. Cette directive est survenue, car il y avait justement trop de différences dans l'application du mode de remplacement des personnels. Le pool c'est vraiment pour les remplacements immédiats. Ce pool n'existait pas au moment du dépôt de la motion. La direction générale n'a pas voulu imposer la directive, parce que la taille et les besoins des unités diffèrent. Il comprend toutefois la critique sur le fait que cela mène à des mécontentements de la part du personnel. La question de savoir si la directive devrait s'appliquer de la même manière à tous peut se poser, mais à la base ce n'était pas la volonté. En tant que médecin, il voit beaucoup de problèmes. Il y a un tas de choses très différentes d'un département à l'autre. Il y avait une volonté de donner plus de liberté aux administrateurs des départements, mais cela mène à des problèmes d'inégalité de traitement. Ce problème d'inégalité d'application est récurrent et ne concerne pas simplement cette directive-là. La création du pool était une idée brillante. Le seul problème, c'est que cela a

été fait à budget constant. Donc, on a pris ces personnes dans le personnel de base. On a créé ces systèmes de remplacement en appauvrissant la base elle-même, ce qui n'est pas une solution.

Un commissaire PLR revient sur la dotation de base qui est calculée en intégrant l'irrégularité des horaires et des vacances, avec une vision lissée. Et les besoins sont concentrés. C'est un cercle vicieux.

M. Van Delden explique que cela fait suite aux plans Victoria de restructuration du personnel, qui ont mené à la surutilisation de l'intérimaire. Ils dépensaient des dizaines de millions en intérimaires. La direction a décidé en 2019 qu'il était socialement indéfendable que des intérimaires qui travaillent pour l'Etat ne bénéficient pas des avantages sociaux d'un emploi à l'Etat à long terme. C'est pour ça qu'ils ont régularisé 207 ETP en 2019. Ils ont récupéré ce que les plans Victoria avaient enlevé.

Un commissaire PDC demande de combien de nouveaux postes ils ont besoin pour que cela tourne.

M^{me} Pignat répond que, si on prend les statistiques de 2019, le recours à l'intérimaire était de 377 ETP pour l'année 2019 au niveau des soins.

Ce commissaire PDC revient sur les propos de M^{me} Pignat concernant le nombre de 1,8 ETP par lit et le fait que l'on comptait aussi les cadres qui n'intervenaient pas au niveau des lits. Il demande si le fait de changer le système en disant que 1,8 ETP concernerait uniquement le personnel au pied du lit pourrait les satisfaire.

M^{me} Pignat répond qu'il faut remettre ce chiffre de 1,8 dans son contexte. En soins intensifs, ils prennent entre 1 et 2 patients en charge. Il serait très intelligent au niveau de l'institution de réévaluer en termes de charge de travail les prises en charge des patients pour refaire des dotations correctes et selon les endroits. Cela ne doit pas forcément être rigide, mais plus en termes de nombre d'heures passées par des soignants au pied du lit des patients. Il y a une part d'administratif de plus en plus importante, qui n'est pas considérée dans le temps de travail. Donc, cette partie administrative n'est pas du tout quantifiée, alors que cela prend une grande partie de leur travail.

Audition de M. Bertrand Levrat, directeur général des HUG, et de M. François Canonica, président du conseil d'administration des HUG, accompagnés de M. Alain Kolly, directeur RH a.i., et M. Amir Kigouk, adjoint DRH

M. Levrat prend la parole et indique qu'il s'agit d'un sujet important. Il fait savoir que M. Kolly a assuré l'intérimaire de la fonction de directeur des

RH, puisque le poste était vacant. Donc, il est tout à fait au fait des derniers éléments. Il lui paraît important de rappeler à la fois le contexte des HUG et sa politique de remplacement entre une dotation de base, les postes dédiés au remplacement et le recours à l'intérimaire. Il cède pour cela la parole à M. Kolly.

M. Kolly explique qu'ils se trouvent actuellement dans un contexte particulier, avec un taux d'absence qui a passablement augmenté ces dernières années. Depuis 2016, il y a eu une progression malheureusement assez stable de ces absences. Ils sont passés de 8,1% de taux d'absence complet en 2016 à 10,2% l'année dernière. Ils sont redescendus cette année, mais ces absences leur posent une série de difficultés. Tout d'abord, il y a toute une série d'absences de longue durée, qui représentent environ un tiers de ces absences, et pour lesquelles ils ont un programme de remplacement qui est relativement bien rodé ; les absences de longue durée ne sont pas forcément les plus compliquées à remplacer dans le temps. L'enjeu des dernières années est une augmentation des absences de plus courte durée (entre 3 et 90 jours). Ces absences-là représentent un défi organisationnel important dans les unités, car ce sont des absences non planifiées qui les obligent à mettre en place un dispositif spécifique. M. Kolly explique qu'il y a deux *modus operandi* pour ces absences-là : le pool de remplaçants qui existe aux HUG, doté d'un peu plus de 60 ETP, ainsi que le recours aux intérimaires, ce qui leur permet de combler aussi une partie des absences. Ces deux dispositifs s'articulent en complémentarité. Ils essaient dans un premier temps d'utiliser le pool de remplacement, puisqu'il est composé de personnes qui connaissent les HUG, qui ont l'habitude de travailler dans les unités et qui n'ont pas forcément besoin d'un encadrement important. C'est le personnel qu'ils utilisent pour les courtes durées. Après, ils basculent sur le recours à l'intérimaire si les absences se prolongent. Ils se sont rendu compte qu'ils avaient du personnel qui travaillait en intérimaire aux HUG sur des longues durées, c'est pour cela qu'ils ont pris la décision de régulariser un nombre important de cette population de collaborateurs intérimaires et qu'ils ont procédé à la régularisation de 113 ETP (128 collaborateurs qui ont été engagés en CDI). C'était une opération bien réfléchie pour essayer de diminuer le poids de l'intérimaire et la forme de précarité de l'emploi qui existait. Cela a été très apprécié par ce personnel. Mais cela a aussi eu pour effet d'assécher le bassin des intérimaires en tant que tels, et donc ce bassin est maintenant relativement « sec », ce qui veut dire que, même si aujourd'hui ils recherchent des compétences spécialisées dans certains secteurs, ils ne trouvent plus ces compétences sur le marché de l'intérim. Ils ont épuisé les ressources de ces intérimaires. Il explique qu'ils ont maintenant

une stratégie sur la gestion de l'absence de courte durée qui vise à revoir leur politique de remplacement. Ils sont en train de revoir ces critères de remplacement pour être au plus juste. Ils ont fait un gros travail sur leurs tableaux de bord pour essayer d'affiner les absences par service et par durée. Il donne la parole à M. Kigouk.

M. Kigouk tient à préciser que ce délai de remplacement n'est pas vu comme une manière de faire une économie au sens financier, mais c'est vraiment la sécurité du patient qui prime toujours. Et c'est aussi pour cela que la stabilisation de ces intérimaires a été faite, afin de pouvoir leur apporter la formation et l'accompagnement nécessaires à la compréhension de l'institution pour qu'ils soient le plus rapidement opérationnels. Dans la stratégie de remplacement, il y a ce pool de personnes qui interviennent durant les 5 premiers jours et sont renouvelables encore 5 jours. Ce sont des personnes qui connaissent parfaitement l'institution et qui sont rapidement mobilisables, ce qui permet aux équipes sur le terrain et aux managers de s'organiser et de trouver des solutions si les absences venaient à perdurer. Ce pool interne a cet objectif de pallier ce délai de quelques jours où le remplacement de plus longue durée n'est pas prévu.

M. Levrat explique qu'il y a trois phénomènes qui vont toucher l'absentéisme dans les semaines qui viennent (en raison de la montée des cas de COVID) : le premier, c'est que les femmes enceintes vont voir leur médecin traitant qui va les arrêter immédiatement (ce que l'on peut comprendre, mais cela a un impact sur l'absentéisme de pré-maternité). Le second, c'est le fait qu'un certain nombre d'employés tombent malades ou leur famille (ce qui va les péjorer aussi). Le troisième, c'est l'usure des collaborateurs et la difficulté de faire face à quelque chose qui est émotionnellement assez prenant. Le COVID est une maladie assez dure. Même s'ils accompagnent les collaborateurs, il pense qu'un certain nombre d'entre eux se retrouvent dans une logique qui va les mettre en vrai défi. Il y a à la fois la gestion de l'entreprise et de l'institution HUG sur une longue durée, et à court terme un défi important auquel ils doivent faire face. Ceux qui restent se trouvent avec une charge de travail extrêmement importante et se retrouvent potentiellement après dans un cercle vicieux qui risque de les mettre à mal eux aussi. Ils ont vraiment un défi majeur de gestion de leurs ressources dans les semaines qui viennent. Le risque d'absentéisme est réel.

M. Levrat déclare que la question du délai de carence n'est pas une norme appliquée bêtement. C'est plutôt des principes qui leur permettent de mettre au cœur la sécurité des patients. Ce qui est certain, c'est qu'ils ne se font pas de l'argent sur le dos des assurances-accidents. Ils sont attentifs à la santé du personnel. M. Levrat se dit partagé par rapport à la motion. D'un côté, ils ne

peuvent qu'adhérer aux invites, et en même temps dire que dans tous les cas il faut remplacer dès le premier jour n'est pas forcément la meilleure solution, car il y a des réalités de terrain qui sont différentes.

M. Levrat explique que le souhait, ces dernières années, c'est d'avoir des personnes qui prennent des décisions le plus près possible du terrain. Il y a un souhait de décentraliser la gestion dans les départements et dans les services, voire les unités. Mais cela ne veut pas dire perdre le contrôle. La direction des ressources humaines est garante de l'application des règles pour qu'elles soient le plus possible uniformes. Il est vrai qu'il y a quelques incohérences, mais cela fait partie du charme des institutions. Oui, il y a des disparités, mais ils essaient de faire en sorte que le cadre soit le même pour tous.

M. Kolly complète en ajoutant que l'idée est vraiment d'avoir ces deux piliers, avec deux approches différentes : le pool de remplacement disponible immédiatement, et là les départements eux-mêmes savent très bien et appellent toujours les mêmes, et ce côté intérimaire si les absences se prolongent. Ils ont des responsables RH dans chaque département qui travaillent avec les responsables de soins, avec les chefs de département et qui sont aussi garants, qui sont sur le terrain et ont la visibilité pour s'assurer qu'il n'y a pas de politique qui ne respecte pas l'orientation donnée par la direction.

Un commissaire PDC a trois questions. Tout d'abord, il indique que les intérimaires qu'ils ont stabilisés faisaient en fait déjà partie des effectifs, donc ce n'est pas un renfort des équipes mais une stabilisation des conditions de travail. Stabiliser des personnes qui travaillent au sein de l'unité n'apporte pas de réelles améliorations. Il aimerait en savoir plus là-dessus. Ensuite, au niveau de l'absentéisme, il demande si, dans leur politique de gestion du personnel, ils ont déjà une politique de prévention liée aux aspects de la pénibilité, pour essayer de réduire le taux d'absentéisme. Enfin, parmi les crédits régulièrement alloués par la commission des finances, 130 millions leur ont été attribués pour les activités traditionnelles des HUG. Il demande si une partie de ce montant va être attribuée à la politique de gestion du personnel.

M. Levrat répond que, sur la stabilisation, la réponse est à la fois oui et non. Certains intérimaires étaient là depuis des années et faisaient déjà presque partie de l'équipe. Mais ce n'est que partiellement vrai. Pour d'autres, c'étaient des missions d'intérim de courte durée avec des changements de service. Par rapport à la prévention, il y avait des équipes de deux infirmières le matin dans des unités ; on les a passées à trois infirmières en raison du COVID. Mais, maintenant, elles disent que c'est impossible d'enlever cette troisième infirmière. Les HUG aujourd'hui paient les salariés

des soins 25% mieux que le reste de la Suisse. En termes de salaires, les collaborateurs des HUG n'ont pas particulièrement de revendications salariales à avoir selon lui, si ce n'est sur l'aspect des ASSC, pour qui la charge et la responsabilité assumée ne sont pas en lien avec le salaire qu'ils reçoivent. En revanche, tout le monde aimerait être mieux payé et il est vrai que, ces dernières années, par rapport à la charge de travail, un certain nombre d'actions peuvent encore être prises pour reconnaître à la fois la pénibilité de la fonction et la haute technicité des compétences qu'elle demande. Il y a toute la question de l'organisation. Derrière la question de l'organisation du travail, ils ont encore du travail à faire pour donner aux gens une forme de stabilité et d'apaisement. Ils ont par exemple dès cette semaine déployé des psychologues de terrain en plus pour anticiper que les personnes puissent avoir accès à des psychologues, car ils savent que la période va être difficile. M. Levrat raconte que, hier, il y avait la cérémonie des retraités des HUG de l'année et qu'une personne l'a remercié pour les choses mises en place. Il y a une vraie volonté en tant qu'employeur d'accompagner les collaborateurs dans des métiers qui sont aussi confrontés à la souffrance et à la mort. L'hôpital fonctionne 24h/24, 7j/7, et il faut trouver ces équilibres dans une société qui, dans l'idéal, aimerait que l'on travaille à temps partiel et qu'on ait beaucoup de temps pour sa famille, mais la réalité d'un hôpital ce n'est pas ça. Quant aux crédits supplémentaires, ils consistent essentiellement à couvrir des impossibilités de facturation par rapport au budget. Ce ne sont pas des postes en plus. C'est essentiellement en gériatrie : il y a un budget pour les patients, mais ces patients sont décédés du COVID, donc ils ne les ont pas facturés. C'est la même chose en chirurgie. L'essentiel du crédit voté mercredi soir est quelque chose qui est porté par le canton, mais un des enjeux sera que le canton se tourne aussi vers la Confédération et vers les assurances-maladie. Ils sont un employeur à l'écoute, attentif par rapport aux politiques de prévention, ils les déploient, mais dans leurs difficultés actuelles ils ont des outils informatiques relativement obsolètes, sur lesquels ils travaillent. Ils savent qu'un management de proximité peut faire une différence. Le sentiment d'appartenir à un trop grand ensemble est susceptible de renforcer l'absentéisme. La moyenne de durée de vie des personnes qui partent à la retraite est de 30-35 ans. Ils cherchent à développer leur personnel et non pas à le rendre malade ou à le perdre.

M. Kolly ajoute que, sur la prévention, ils ont changé toute leur réflexion et, plutôt que de toujours parler de la gestion de l'absence, ils parlent de la gestion de la présence au travail. Pour renforcer cet axe de prévention, ils doivent surtout essayer de garder les personnes qui sont sur leurs postes de travail. Ils ont aussi développé toute leur santé du personnel avec une

nouvelle approche, une nouvelle vision, des personnes qui sont beaucoup plus sur le terrain. Il ne parle pas que des ergonomes, mais aussi de personnes qui vont analyser les conditions de travail dans certains services qui sont difficiles pour apporter les recommandations et des actions concrètes au manager. C'est désormais vraiment toute la philosophie du suivi du personnel qu'ils sont en train de mettre en place.

Une commissaire EAG aimerait revenir sur les difficultés intrinsèques auxquelles le personnel a été confronté avant la crise du COVID. Il leur est apparu que, finalement, les plans de restructuration successifs ont mis à mal les HUG et ont eu des effets importants sur notamment la dotation du personnel. Ils ont appris aujourd'hui que le pool de remplacement a été créé sur la dotation de base. Donc, ce n'est pas un renforcement, mais au contraire quelque chose qui a tout juste maintenu l'équilibre, voire même a affaibli les équipes. Ensuite, il semblerait que, dans le calcul de la dotation de base, sont pris en considération des postes qui ne sont pas véritablement au pied du lit du patient et que la charge administrative, qui est liée à la présence au pied du lit du patient, n'est pas prise en considération, ce qui fausse la dotation. Elle demande s'ils confirment ces éléments et s'ils ont l'intention d'essayer de résoudre ce phénomène, sachant que c'est le Grand Conseil qui leur attribue les postes et les budgets. Aujourd'hui ils ont appris que ce sont des éléments déterminants qui mènent à l'usure et à une frustration qui amènent le personnel à renoncer à cette carrière. Il y a ce lien entre le temps investi dans la formation professionnelle et le temps effectif de durée au poste de travail. Et ça, c'est un problème. Elle croit que c'est une problématique inhérente.

M. Kigouk précise que, lorsqu'ils parlaient du pool de remplacement, c'est une équipe de remplacement centralisée qui n'est pas imputée dans la dotation des départements. C'est donc une équipe supplémentaire. Les départements ne sont donc pas impactés par ces aspects-là.

La commissaire EAG explique qu'elle parlait de l'origine de ce pool. Elle demande si, au moment de sa création, c'est une dotation supplémentaire qui a été rajoutée à la dotation effective ou si ces 60 ETP ont été pris sur la dotation existante.

M. Kigouk répond que ce n'est pas une équipe nouvelle, elle existe depuis longtemps, mais c'est son organisation qui a changé depuis 2019. Depuis 2019, elle intervient uniquement pour l'absence de courte durée, car c'est l'absence la plus désorganisatrice pour une unité de soins. Cette équipe a été structurée différemment, mais les budgets datent de longtemps.

M. Levrat explique qu'ils ont créé un fonds de mobilité. Les budgets étaient morcelés dans des départements, avec certains départements qui

dépensaient plus que leur budget et d'autres qui ne dépensaient rien. Ils ont pris l'argent pour le décentraliser, mais c'est une plus saine gestion, de l'ordre de 2,8 millions de francs. Ce n'est pas de l'argent neuf, mais c'est de l'argent mieux distribué dans l'institution.

Par rapport à la dotation de base, M. Levrat explique qu'ils calculent aussi l'absentéisme. Quand ils calculent la dotation de base, ils font des moyennes sur les absences et ils incluent déjà ce qu'il est censé y avoir comme absence. Donc, ils ont plus dans la dotation de base que ce que les postes requièrent *a priori*. Et, en plus, il y a le pool de remplaçants pour les maladies imprévisibles. La dotation de base, telle qu'elle est calculée aujourd'hui, inclut un certain nombre d'éléments, dont les absences pour maladie. Après, dans l'organisation, deux phénomènes ont alourdi la charge de travail, notamment la lourdeur des cas. Ils ont des patients plus âgés, polymorbides, plus lourds qu'il y a dix ans. Donc, ils ont adapté la dotation à la lourdeur des cas. Il tient à dire une vérité : cela fait 8 ans que, dans les budgets, il n'y a pas eu de diminution des postes, mais au contraire une augmentation.

Cette commissaire revient sur la dotation de base. Elle souhaite avoir des précisions sur la problématique de prendre en considération uniquement les personnes qui interviennent effectivement au pied du lit, car il semblerait que ce soit encore problématique aux HUG. Elle demande la même chose pour la question du travail administratif qui n'est pas pris en considération.

M. Kigouk explique que ce que l'on appelle le ratio dotation collaborateurs *versus* patients est quelque chose qui est grandement débattu. Quand ils parlent de ratio, ils excluent les cadres et personnes qui ne restent pas auprès des patients. Après, quand on prend le budget global du département, qui comprend le nombre de lits, il y a encore l'activité ambulatoire où la charge n'est pas exactement la même. Concernant la charge administrative, oui elle existe, oui il y a une obligation de documenter pour la sécurité des patients, mais l'hôpital a aussi fait l'objet d'une réflexion dans ce sens-là avec le fameux programme « plus de temps pour le patient », et là où ça a été déployé ça a été très apprécié. On est dans une société où la documentation est d'autant plus importante.

M. Levrat ajoute que la hiérarchie se trouve dans la dotation de base.

Il raconte qu'il a parlé aux infirmières de nuit, et qu'elles vont parfois jusqu'à connaître les noms des collaborateurs qu'elles peuvent appeler en cas d'absence soudaine. Il pense que dans les services on connaît extrêmement bien les ressources et que l'on arrive à jongler par rapport à cela.

M. Kolly revient sur la question de la charge administrative et admet qu'elle a tendance à augmenter. Il faut mieux documenter aujourd'hui. Donc,

ils essaient d'automatiser le plus possible pour gagner un peu de temps ailleurs, parce que ces nouvelles normes les obligent à documenter. Ils ont un grand projet pour informatiser toute une série d'aspects afin que les personnes puissent avoir plus de temps avec les patients. Par exemple, ils déploient des pharmacies automatisées dans tous les étages pour faire en sorte qu'il n'y ait plus besoin de faire ces piluliers qui prennent beaucoup de temps et qui n'ont pas véritablement de valeur ajoutée auprès du patient.

Un commissaire MCG demande si les HUG sont plus bas ou plus élevés par rapport à la dotation de base, en comparaison avec les autres hôpitaux universitaires suisses. Il se pose la même question concernant le taux d'absence.

M. Levrat répond que pour le taux d'absence, en Suisse alémanique, en général, on a 2,8% d'absences en moins pour maladie qu'en Suisse romande. Entre le CHUV et les HUG, ils sont dans une situation très similaire.

Sur le comparatif sur la dotation de base, ils sont mieux dotés sur la plupart des hôpitaux universitaires sur la profession d'infirmière, mais sont parfois moins dotés sur les médecins. Ils sont mieux dotés sur la profession d'infirmière avec diplôme. Mais ils font en sorte qu'il y ait des personnes au pied du lit des malades.

Propositions d'amendements et prises de position de la commission :

Une commissaire EAG propose l'amendement suivant :

- *« à adapter la dotation de base de chaque unité en fonction de ses besoins spécifiques. En veillant à ne prendre en considération pour ce faire que les personnes intervenant effectivement au pied du lit et en intégrant les charges administratives induites par les soins en question ;*
- *à intervenir auprès des HUG afin de renforcer l'unité permanente de remplacement du personnel et, le cas échéant, à affecter des moyens financiers afin de couvrir les dépenses relatives au remplacement par des intérimaires du personnel soignant malade ou accidenté, en principe dès le premier jour d'absence ;*
- *à améliorer la qualité des conditions de travail afin de prolonger le temps d'engagement du personnel infirmier et de valoriser ainsi le temps dévolu à la formation de ce personnel. »*

Une commissaire S fait savoir qu'elle soutient totalement la motion, mais voudrait ajouter « dotation en personnel ». Ce serait donc : « adapter la dotation de base du personnel de chaque unité ».

Un commissaire PDC annonce que son groupe va voter l'amendement. Il y a quand même un problème de la dotation du personnel au niveau des lits. Ils vont voter l'amendement tel que modifié par la commissaire S et vont voter cette proposition de motion.

Un commissaire PLR annonce que son groupe ne votera ni l'amendement ni la motion. Le problème est organisationnel, ce n'est pas un problème de manque de personnel. Il y a un problème de démotivation du personnel et de fuite en avant des cadres. Ce n'est pas simplement en votant une motion qu'ils vont soutenir la direction générale. Il craint qu'en votant la motion ils donnent l'impression que finalement tout va bien. Le moment est venu d'avoir le courage de dire non. Et en disant non, ils soutiennent la direction générale. De son temps, les cadres infirmiers lui ont appris une grande partie de son métier de médecin. Tout cela n'existe plus. C'est bien joli de dire qu'il faut adapter à la dotation, mais cela sous-entend d'engager plus de personnel, mais il n'y en a pas. Il y a suffisamment de personnel, mais il ne vient pas. Ensuite, sur la problématique de l'absentéisme, on refuse d'admettre que le fait de ne pas aller travailler le matin est une variable individuelle et parfois égoïste (il avait une fois rencontré une infirmière qui lui avait dit que si elle n'avait pas de week-end à cette date-là elle se mettrait en arrêt maladie). Le PLR considère que la situation des HUG est grave, mais que ce n'est pas en votant une motion que l'on abordera les vrais problèmes.

La commissaire EAG affirme qu'il s'agit de faire preuve de sensibilité par rapport à ce que vit le personnel. Il y a eu un certain nombre de restrictions budgétaires. Le contenu de la motion a été quand même particulièrement modifié : il ne s'agit plus de créer une unité puisqu'elle existe déjà, mais de la renforcer. Sur la question de l'adaptation de la dotation de base, c'était pour tenir compte du contenu des auditions. Elle souscrit à l'amendement de sa collègue S. Il s'agit de doter chaque unité en fonction de ses besoins spécifiques. Il faut répondre aux besoins en fonction des spécificités et surtout en ne prenant en considération que les personnes intervenant effectivement au pied du lit. Il y a des personnes prises en considération dans la dotation de l'unité mais qui n'interviennent pas réellement au pied du lit, ce qui fausse la dotation. Et c'est quelque chose qui n'est pas correct, au même titre que l'intégration des charges administratives. Elles doivent être prises aussi en considération. La formulation du dernier alinéa est peut-être maladroite, mais c'était pour tenir compte de ce qui a été largement développé, à savoir l'usure du personnel qui amène les employés à quitter la fonction au bout de 5-6 ans. Il y a eu une volonté d'arrondir les angles d'une motion qui était uniquement centrée sur la création d'une unité de

remplacement. Elle votera la proposition de motion et soutient ses propres amendements.

Un commissaire MCG explique que son groupe n'a pas reçu dans les travaux en commission toutes les explications qui leur étaient nécessaires. Ils n'ont pas du tout été entièrement satisfaits par les réponses qui leur ont été apportées et c'est pour cela qu'ils pensent que cette motion telle qu'amendée pourrait apporter certaines explications. Il n'y a pas un élément contraignant dans l'amendement ni dans la motion. Il est vrai que cette motion va dans le sens de la politique qu'ils aimeraient voir mener dans les HUG. A leur sens, cette motion n'est pas du tout contradictoire, et c'est pour cela qu'ils la soutiendront.

Un commissaire Ve fait savoir que son groupe soutiendra la motion telle qu'amendée, en mettant particulièrement l'accent sur la dernière invite, qu'ils trouvent essentielle. C'est en améliorant les qualités des conditions de travail que le personnel pourra rester en fonction.

Un commissaire PLR explique qu'il a travaillé aux HUG près de 40 ans, et qu'il a une fille infirmière qui travaille aux HUG. L'infirmière est un élément clé de la prise en charge du malade. Il a connu une époque où l'ensemble des infirmières connaissaient leurs malades. C'est une époque révolue. Avant, elles participaient à la prise en charge des soins et leur concours est extraordinairement important. Deuxièmement, le métier d'infirmière est difficile, sa nature est difficile et cela ne changera pas : elle est difficile par les conditions physiques qui sont demandées aux infirmières dans leur travail, elle est difficile par l'aspect humain de contact avec des personnes malades, angoissées, des mourants, des personnes souffrantes et elle est difficile parce que les horaires, de par la nature du métier, ont des répercussions sur leur activité sociale. Le métier d'infirmière est difficile et c'est pour cela qu'elles ne restent pas 20 ans pour la plupart. Ces conditions ne changeront pas, étant donné les nécessités. De par son expérience de chef de service, il a constaté qu'il y avait beaucoup moins d'infirmières au lit du malade pour deux raisons. La première, c'est que l'on a demandé aux infirmières de remplir toute une série de formalités administratives (ce qu'on appelait les flèches) et cela prend du temps. Elles consacrent environ 25 à 30% de leur temps sur l'ordinateur à des tâches qui n'ont aucun impact sur la qualité de la prise en charge du patient. Il faut redéfinir le rôle de l'infirmière qui est noble. La deuxième, c'est qu'au début l'infirmière responsable d'unité (IRU) faisait cela dans un travail à 25%. Actuellement, chaque unité à une IRU qui ne fait rien d'autre. Donc là on a perdu une force de travail importante et des compétences et il pense qu'il faut absolument revenir sur ce problème. Ensuite, on veut engager d'autres infirmières, mais il n'y en a pas.

Le problème c'est qu'il faut les former à Genève, il faut que l'école de Genève se décide enfin à en former plus. Qu'elles viennent de France ou de Suisse, il faut qu'elles soient formées chez nous. Concernant l'absentéisme, le COVID en est une cause et la désorganisation d'une partie du travail des infirmières aussi. Il faut lutter contre cet absentéisme. Il faut renforcer les infirmières, mais il faut simultanément en redéfinir le rôle : diminuer les charges administratives et diminuer le nombre de cadres qui ne font plus le travail infirmier. Il faut arriver à ce que le métier d'infirmière soit, oui, plus agréable, mais en sachant que l'on ne pourra pas en modifier les fondements.

La commissaire EAG indique que, au moment où elle a rédigé les amendements, elle a essayé de prendre en compte la proposition du PLR qui consiste à mettre tout le monde sur le pont (que les cadres fassent parfois du travail au pied du lit du malade). Elle n'a pas réussi à le formuler mais pense effectivement que c'est important. M. Levrat a dit que ce serait difficile d'avoir un double statut, mais elle pense que c'est une revendication importante. Dans les amendements, elle a proposé que l'on intègre la charge administrative, mais le PLR propose carrément de remettre en question la pertinence de cette tâche pour les infirmières. L'expérience lui a montré que si l'on mettait des personnes chargées de voir comment on peut réduire cette charge administrative, ce sera encore des personnes qui vont se balader avec un classeur sous le bras. Quant à la pénibilité, c'est effectivement un métier difficile, mais elle reste persuadée que l'on peut diminuer cette pénibilité, notamment en prévoyant un certain nombre de mesures, pour faire en sorte que ce métier soit supportable. Par rapport à l'amendement des socialistes, elle se rend compte que juste dire « dotation de base du personnel de chaque unité » est suffisant. Cela allège la formulation.

Le PLR propose un nouvel amendement :

« A effectif constant en réallouant les ressources en soins infirmiers et en ramenant les cadres infirmiers à une participation aux soins directs aux malades ». Il mettrait cette invite tout à la fin, en complément des invites de EAG. Mais cela présuppose que les députés sont d'accord sur le principe d'effectif constant.

La présidente rouvre le tour de parole suite à ce nouvel amendement.

Le PLR propose le sous-amendement suivant :

« A conditionner toutes les modifications de la dotation en infirmières et infirmiers et à un changement de leur cahier des charges et à une participation des cadres infirmières et infirmiers aux soins directs aux malades. » Il ne serait pas opposé à l'idée de modifier la dotation

d'infirmières, mais alors il faut qu'elle aille de pair avec une modification de leur activité et que les cadres soient en partie réalloués.

La présidente remercie les députés et procède au vote des différents amendements.

VOTE 1 : sous-amendement du PLR (4^e invite nouvelle)

« A conditionner toutes les modifications de la dotation en infirmières et infirmiers à un changement de leur cahier des charges et à une participation des cadres infirmières et infirmiers aux soins directs aux malades. »

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

Non : 5 (2 Ve, 1 EAG, 2 S)

Abstentions : 1 (1 S)

Ce sous-amendement est accepté.

VOTE 2 : 2^e sous-amendement du PLR (5^e invite nouvelle)

« A effectif constant en réallouant les ressources en soins infirmiers et en ramenant les cadres infirmiers à une participation aux soins directs aux malades. »

Oui : 6 (2 PDC, 4 PLR)

Non : 9 (2 Ve, 1 EAG, 3 S, 1 UDC, 2 MCG)

Abstentions : –

Ce sous-amendement est refusé.

VOTE 3

Comme EAG souscrit à l'amendement des socialistes à la première invite et que visiblement il n'y a pas d'objections à l'intégrer à l'amendement général, la présidente soumet au vote l'amendement général d'EAG ainsi amendé :

- *« à adapter la dotation de base du personnel de chaque unité en fonction de ses besoins spécifiques. En veillant à ne prendre en considération pour ce faire que les personnes intervenant effectivement au pied du lit et en intégrant les charges administratives induites par les soins en question ;*
- *à intervenir auprès des HUG afin de renforcer l'unité permanente de remplacement du personnel et, le cas échéant, à affecter des moyens financiers afin de couvrir les dépenses relatives au remplacement par des intérimaires du personnel soignant malade ou accidenté, en principe dès le premier jour d'absence ;*

- à améliorer la qualité des conditions de travail afin de prolonger le temps d'engagement du personnel infirmier et de valoriser ainsi le temps dévolu à la formation de ce personnel ;
- à conditionner toutes les modifications de la dotation en infirmières et infirmiers à un changement de leur cahier des charges et à une participation des cadres infirmières et infirmiers aux soins directs aux malades. »

Oui : 11 (2 MCG, 1 UDC, 2 Ve, 2 PDC, 3 S, 1 EAG)

Non : 3 (3 PLR)

Abstentions : 1 (1 PLR)

L'amendement d'EAG est accepté.

VOTE 4 : motion amendée

Oui : 8 (2 MCG, 1 UDC, 2 PDC, 1 EAG, 1 Ve, 1 S)

Non : 4 (4 PLR)

Abstentions : 3 (1 Ve, 2 S)

La proposition de motion telle qu'amendée est acceptée.

Synthèse et conclusions

Cette motion qui a été déposée avant la pandémie COVID mettait en exergue un problème d'absentéisme important au niveau du personnel infirmier des HUG.

Cet absentéisme entraînant de gros problèmes de gestion des absences et des remplacements.

La pandémie liée au COVID n'a fait qu'aggraver ce problème et a mis en exergue des problèmes de dotation en personnel.

Le fait le service RH des HUG soit en recherche d'un ou d'une responsable n'a fait qu'empirer la situation.

Les HUG ont fait un gros effort pour proposer des solutions. Ils ont donné des contrats fixes aux plus de 200 intérimaires et mis en place un pool de remplacement.

Les auditions ont montré que le calcul du nombre de soignants au lit du patient comprenant des personnes qui n'intervenaient pas, car devant remplir des tâches purement administratives, faussait ainsi les calculs.

Il a également été mis en évidence une augmentation importante des tâches administratives des soignants les obligeant à diminuer leur présence au lit des patients.

La motion a donc été amendée pour tenir compte de la crise COVID et des problèmes qui ont été mis en évidence par les auditions.

La votation fédérale sur l'initiative des soins infirmiers et son acceptation va permettre de revaloriser le métier des infirmiers et infirmières.

Il va falloir tenir compte du problème des horaires et de leur adéquation avec une vie familiale équilibrée.

Il va falloir plus former en Suisse de personnel infirmier et aide-soignant pour éviter de fragiliser les systèmes de santé des pays limitrophes.

Et surtout éviter des départs après 6 à 7 ans d'exercice de la profession.

Les métiers au lit du patient se complexifient et les remplacements deviennent de plus en plus difficiles, car on a besoin immédiatement de compétences spécifiques (exemple : néonatalogie, soins intensifs...).

Pour ces raisons, la majorité de la commission vous recommande d'adopter cette proposition de motion en la renvoyant au Conseil d'Etat.

Proposition de motion (2601-A)

Remplacement du personnel absent des HUG

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

- la question écrite y relative QUE 991 à laquelle le Conseil d'Etat n'apporte pas de réponse satisfaisante considérant que la situation de fait est incontournable et acceptable ;
- la directive des HUG du 1^{er} mars 2019 qui prévoit que les équipes remplacent à l'interne les collaboratrices et collaborateurs absents pour des raisons de maladie, d'accident professionnel et non professionnel, de pré-maternité ou de maladie d'un proche pendant 5 jours à un taux de 80% ;
- que cela complique considérablement la planification des horaires du personnel soignant ;
- que la mise en question des jours de congé du personnel soignant pose de sérieux problèmes d'organisation à l'interne et à l'externe ;
- que la potentielle surcharge de travail met en danger la santé des collaboratrices et collaborateurs et la sécurité des patients,

invite le Conseil d'Etat

- à adapter la dotation de base du personnel de chaque unité en fonction de ses besoins spécifiques. En veillant à ne prendre en considération pour ce faire que les personnes intervenant effectivement au pied du lit et en intégrant les charges administratives induites par les soins en question ;
- à intervenir auprès des HUG afin de renforcer l'unité permanente de remplacement du personnel et, le cas échéant, à affecter des moyens financiers afin de couvrir les dépenses relatives au remplacement par des intérimaires du personnel soignant malade ou accidenté, en principe dès le premier jour d'absence ;
- à améliorer la qualité des conditions de travail afin de prolonger le temps d'engagement du personnel infirmier et de valoriser ainsi le temps dévolu à la formation de ce personnel ;

- à conditionner toutes les modifications de la dotation en infirmières et infirmiers à un changement de leur cahier des charges et à une participation des cadres infirmières et infirmiers aux soins directs aux malades.

Date de dépôt : 7 février 2022

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Philippe Morel

Mesdames et
Messieurs les députés,

Durant la période Covid, les HUG ont démontré leur capacité à assurer une prestation de très haute qualité à l'ensemble de la population, témoignant de leur capacité à s'adapter rapidement à une situation de crise en concentrant leurs efforts et leurs capacités sur une pathologie, tout en trouvant des solutions pratiques, essentiellement par une collaboration avec les structures privées du canton, pour que l'ensemble des patients souffrant d'autres maladies soient également pris en charge.

Ce résultat exceptionnel a été atteint grâce à l'effort et à la volonté conjointe de tout le personnel soignant mais aussi des instances administratives et politiques au sens large.

Les soignants qui sont au front ont évidemment été très éprouvés par cette crise, qui n'est pas encore finie, et ont dû affronter une charge de travail réellement extraordinaire, à laquelle se sont ajoutés le stress du risque d'être contaminé et de contaminer leurs familles ainsi que la tristesse de voir les patients souffrir et mourir dans des conditions médicales et familiales très difficiles.

Une vraie crise pour laquelle il était difficile de se préparer et qui a été gérée par tous « à vue ». Le système de santé genevois, public et privé ensemble, a fait face et continue de le faire.

Les absences dans les rangs du personnel soignant sont survenues avec une fréquence plus grande durant cette crise Covid. D'une part, pour des raisons de contamination du personnel soignant, d'autre part en rapport avec des nécessités familiales liées à une contamination des proches ainsi qu'en conséquence de la charge de travail accrue.

L'organisation du système de soins a été sollicitée à l'extrême, et toute absence durant cette période a eu des conséquences plus sévères sur les équipes soignantes. L'absentéisme et le remplacement des membres

manquants des équipes de soin ont donc été une préoccupation majeure des responsables chargés des établissements de soins.

Partant de la M 2601, la commission a abordé plusieurs aspects liés à l'activité des soignants et au problème de l'absentéisme et donc du remplacement du personnel absent.

Dotation de base des infirmières et infirmiers et des aides-soignants

Le premier élément pour diminuer les effets de l'absentéisme est d'assurer une dotation en personnel suffisant. Il serait important de connaître le nombre de soignants « idéal » par lit, en fonction de la sévérité des pathologies (ou des polyopathologies) ainsi que des besoins particuliers des patients (rééducation, personnes âgées, patients psychiatriques, etc.). Or ces chiffres ne sont pas à disposition, ni ici ni ailleurs, et, hormis pour les soins intensifs, il n'existe pas de recommandation différenciée faite par des instances compétentes !

Nous apprenons que des personnes ne travaillant pas du tout au lit du malade sont pourtant comptabilisées dans ces évaluations, telles les personnes responsables d'unité, cadres intermédiaires ou même parfois personnel administratif ! De plus, lorsque l'on parle du personnel strictement au lit du patient, on se rend compte qu'une proportion non négligeable du temps des soignants (jusqu'à environ 30%) est consacrée à des devoirs administratifs de documentation des situations cliniques des patients ! On apprend également que, dans les évaluations des dotations de base, un certain taux d'absentéisme est d'emblée inclus.

Au cours des années récentes, une partie non négligeable de la « capacité soignante » des infirmières et infirmiers a été déroutée vers d'autres charges soit administratives, soit d'encadrement, dont on peut légitimement se demander dans quelle mesure elles bénéficient aux patients en regard du manque de personnel soignant et des difficultés de remplacement abordés par cette motion. Cette « dérive » n'est cependant absolument pas propre aux HUG mais se retrouve dans bien d'autres hôpitaux publics, elle s'est par contre moins développée dans les instances privées ! Une correction et un recentrage des activités du personnel infirmier s'imposent tant à cause du manque de ce personnel qui ne va faire que croître au cours des années, qu'en rapport avec l'adéquation entre le temps et l'argent investi pour une formation infirmière et une adéquation avec son activité professionnelle. Cependant les chiffres montrent que les HUG ont une dotation de base très favorable en infirmiers (-ères) en comparaison suisse et surtout étrangère !

De plus, depuis plusieurs années, le budget alloué au personnel infirmier aux HUG n'a cessé de croître.

Augmenter le personnel infirmier en prolongeant sa durée d'activité totale

La durée d'activité professionnelle du personnel infirmier est une préoccupation majeure et grandissante, ici comme ailleurs ! Un pourcentage toujours plus important d'infirmiers (-ères) arrête précocement leur activité. Une majorité du personnel infirmier est féminin. Une organisation rigoureuse des plans de travail, des horaires, des nuits et week-ends de garde ainsi que d'autres servitudes est indispensable pour que les infirmières puissent poursuivre leur activité en harmonie avec leur vie personnelle et familiale. Les absences de membres de l'équipe perturbent cette organisation et conduisent à une improvisation et une « dérégulation » de l'organisation difficile à assumer par les infirmiers (-ères). Diminuer l'absentéisme est donc crucial. La disponibilité de places de crèche est aussi importante, les HUG agissent à ce niveau aussi. Garder plus longtemps son personnel infirmier est une des manières de pallier son manque croissant. De plus, la prévisibilité des horaires, la stabilité des plans de garde et la diminution des imprévus contribueront à accroître l'attractivité de cette profession. Les évaluations faites en Suisse (comme dans d'autres pays) démontrent que l'avenir est sombre, puisque les besoins en infirmiers (-ères) continueront de croître plus rapidement que le nombre de ces professionnels formés !

Pénibilité du travail comme cause d'absences

Le métier d'infirmier (-ère) est pénible physiquement dans la plupart des secteurs d'activité ! Cela ne changera pas ! Mais il faut apprendre au personnel à lever des patients, les faire marcher, les coucher, les laver en ménageant leur force et surtout leur dos ! Diminuer le risque de blessure des infirmiers (-ères) par une formation adéquate. Organiser une répartition de ces efforts au sein de l'équipe. Fournir du matériel mécanique pour aider dans ces tâches, répartir les patients « lourds » dans les unités à disposition. Donner l'opportunité aux infirmiers (-ères) de bénéficier de séances de physiothérapie.

Reconnaissance salariale

Le salaire des infirmiers (-ères) des HUG est clairement supérieur à celui des autres centres universitaires suisses (environ 25%), également supérieur à celui des infirmiers (-ères) du secteur des cliniques privées et sans

concurrence avec celui alloué dans les pays qui nous entourent ! Il est vrai cependant qu'une reconnaissance salariale est toujours bienvenue, mais elle ne constitue actuellement pas une revendication déterminante en relation avec l'absentéisme aux HUG.

Motifs des absences

La principale cause d'absence des infirmiers (-ères) aux HUG est la maladie avec des absences de courte ou longue durée. Suivent la maternité, les situations médicales en cours de grossesse et enfin les accidents professionnels et non professionnels. Le taux d'absentéisme ayant dépassé 10% aux HUG, des enquêtes de satisfaction ont été initiées afin d'avoir une connaissance plus fine des raisons principales de l'insatisfaction. Des analyses de risques psychosociaux dans les services eux-mêmes sont aussi effectuées, afin d'aller capter véritablement quelles sont les problématiques principales que l'on rencontre. Une action ciblée est donc en cours pour comprendre, et donc prévenir un certain pourcentage de ces absences.

Remplacement des absences

Les HUG ont créé en 2019 un pool de remplacement de 60 ETP, qui est une équipe centralisée qui n'est pas imputée dans la dotation des départements. C'est donc une équipe supplémentaire. Les départements ne sont donc pas impactés par ces aspects-là. Ce pool est constitué de personnel infirmier compétent et donc immédiatement opérationnel dans les unités où ils sont dépêchés.

De plus, une régularisation de 113 ETP intérimaires a été effectuée, sécurisant ces personnes au plan social et professionnel, mais bien sûr diminuant significativement le nombre de personnes encore susceptibles de répondre à cette demande.

Il existe donc actuellement une structure et une organisation pour le remplacement des absences.

En conclusion, le problème de l'absentéisme des infirmiers (-ères) est une situation dont la direction des HUG s'occupe activement, d'une part en cherchant ses causes précises pour y remédier, d'autre part en ayant mis sur pied une structure et une organisation de remplacement et enfin en ayant une dotation de base satisfaisante qui s'adapte progressivement aux nécessités des différents services ou unités.

Il s'agit donc dans un premier temps d'aider la direction en soutenant les actions entreprises, ceci au bénéfice direct des personnes concernées. Revoir l'utilisation de l'ensemble des capacités et compétences infirmières en les

allouant essentiellement à leur tâche première, soigner ! Revenir donc à la noble tâche d'infirmier (-ère) soignant (-e), les renforcer si nécessaire par des compétences administratives et de gestion puisées dans d'autres professions, prolonger la durée d'activité de ces infirmiers (-ères) pour en augmenter le nombre et diminuer l'absentéisme en s'attachant à le prévenir sera, dans un premier temps en tout cas, beaucoup plus efficace pour atteindre le but rechercher que d'engager des infirmiers (-ères) que de toute manière nous ne trouverons plus en Suisse !

Les HUG ont ainsi changé toute leur réflexion et, plutôt que de toujours parler de la gestion de l'absence, ils parlent de la gestion de la présence au travail. Pour renforcer cet axe de prévention, ils doivent surtout essayer de garder les personnes qui sont sur leurs postes de travail.

En conséquence de ce qui précède, et avec toute la considération que méritent les infirmiers (-ères), le PLR vous recommande de refuser la M 2601 qui ne permettra pas d'atteindre le but recherché et ne correspond pas à l'effort important consenti pour résoudre ce problème par la direction générale des HUG.