

Date de dépôt : 13 mai 2008

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier la pétition : Non à l'Opération Victoria

Rapport de majorité de M. Edouard Cuendet (page 1)

Rapport de minorité de M. Alain Charbonnier (page 24)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Edouard Cuendet

Mesdames et
Messieurs les députés,

Déposée le 15 décembre 2006, la pétition 1606 a été renvoyée à la Commission de la santé. Elle a été examinée lors des séances des 7, 14 et 28 septembre 2007, ainsi que du 19 octobre 2007 sous la présidence de M. Claude Aubert. Le procès-verbal a été tenu avec exactitude par M. Hubert Demain et M^{me} Eliane Monnin, que le rapporteur tient à remercier vivement.

Le conseiller d'Etat Pierre-François Unger a assisté à la plupart des discussions.

Le DES était également représenté par MM. Jean-Marc Guinchard, directeur de la santé, et M. Carmelo Lagana, secrétaire adjoint.

I. Audition des pétitionnaires

La pétition 1606 a récolté 2622 signatures et demande, en substance, l'abandon des mesures de l'Opération Victoria, le retrait des mesures de gouvernance opérationnelle concernant les soins infirmiers et le retrait de la facturation par pathologie.

La Commission de la santé a procédé à l'audition des pétitionnaires représentés par M^{mes} Floris, Castro et Cattani.

En résumé, M^{me} Cattani expose que, de l'avis des pétitionnaires, l'Opération Victoria :

- manque de transparence;
- ne respecte pas les droits syndicaux;
- constitue une méthode autoritaire de la direction pour supprimer des postes;
- conduit à des fermetures contestables d'unités (fécondation in vitro).

Par ailleurs elle estime que les nouvelles règles de gouvernance ont fait apparaître une nouvelle catégorie de représentants au sein des comités de gestion, à savoir les représentants professionnels du comité de gestion.

A cela s'ajoute que les syndicats contestent la volonté de subordonner l'infirmière coordinatrice à l'autorité du médecin-chef.

Elle précise encore que les suppressions de postes ont été effectuées de manière essentiellement linéaire.

Une externalisation des tâches a été opérée dans le secteur du nettoyage des bureaux administratifs et des surfaces non médicales.

Enfin, l'oratrice s'attarde sur le vécu du processus de transfert vers d'autres services qui s'est avéré difficile pour certaines personnes, compte tenu de la relative étanchéité entre les départements de l'hôpital.

M^{me} Castro dénonce le manque d'information concernant la situation des établissements de Loëx. Elle observe également une énorme pression sur le personnel s'exerçant au travers des évaluations et des transferts.

M^{me} Floris souhaiterait que l'on puisse quantifier véritablement les coûts de cette restructuration. Elle dénonce également la gestion particulière des jours d'absence. Pour elle, cette restructuration oblige concrètement les comités de gestion et les services à trouver des idées de réduction des prestations ainsi qu'une amélioration de la facturation.

Elle dénonce la suppression de la préparation à l'accouchement et, plus généralement, la souffrance du personnel des hôpitaux.

Suite à ces diverses interventions, un commissaire rappelle que le domaine du nettoyage des bureaux et des surfaces non commerciales est soumis à une convention collective qui protège les employés.

Pour répondre à un commissaire, M^{me} Castro indique que le plan Victoria prévoit d'améliorer le taux d'absence, avec une économie envisagée de l'ordre de 5 millions de F.

Pour répondre à un autre commissaire, M^{me} Floris indique que les assistants sociaux et les postes de secrétariat sont particulièrement touchés par la mobilité entre services.

Suite à une intervention d'une commissaire à propos de la facturation par pathologie (APDRG) qui se généralise en Suisse et en Europe, M^{me} Floris peine à croire que l'on puisse opérer une comparaison entre les hôpitaux dès lors que la situation sociale à l'intérieur des cantons est évidemment différente, ce qui exclut de recourir à cette forme d'uniformisation.

Pour répondre à un commissaire, M^{me} Castro a le sentiment que le taux d'insatisfaction s'accroît auprès des patients, à cause de la diminution des effectifs et de la pression sur les prestations.

II. Audition de M. Bernard Gruson, directeur général des HUG

M. Gruson rappelle que l'opération Victoria consiste en la traduction des plans de mesures P1 et P2 voulus par le Conseil d'Etat.

N.B. : par souci de cohérence et pour éviter d'inutiles redites, le rapporteur de majorité vous invite à vous référer à la réponse détaillée fournie à propos de l'Opération Victoria en lien avec la motion 1790 (annexe).

Pour le surplus, M. Gruson insiste sur le fait que les 12 comités de gestion ont marqué leur accord au projet en question, comme le conseil d'administration.

Un commissaire constate que les situations dénoncées dans la pétition en matière de baisse d'effectifs ne correspondent pas à la réalité décrite par le directeur général.

Pour répondre à ce même commissaire, M. Gruson décrit la composition d'un comité de gestion (chef du département médical, infirmière chef du département, un administrateur, un membre élu du personnel, un membre du conseil d'administration délégué pour le département concerné).

M. Gruson précise qu'en matière de communication, une critique a été formulée dans la mesure où les organisations syndicales n'ont pas, en tant que telles, reçu le projet de budget 2007 et n'ont pas été consultées à ce titre. A l'avenir, le projet de budget leur sera transmis avec un délai d'approbation de trente jours.

A propos des suppressions des postes, M. Gruson précise qu'elles ont été opérées sans aucun licenciement. Par ailleurs, aucune offre de candidature n'est orientée vers l'extérieur avant d'avoir obtenu la certitude que les compétences adéquates n'existent pas à l'interne.

Pour répondre à une commissaire, M. Gruson confirme qu'en matière de fécondation in vitro, les premiers rendez-vous se prennent à Genève et la continuation éventuelle du traitement s'envisage à Lausanne.

La même commissaire intervient au sujet du Petit Beaulieu pour dire que les informations fournies semblent avoir été peu fiables.

M. Gruson assure que les instances concernées ont reçu une information. Il relève qu'il est une pratique courante consistant à laisser croire à un manque d'information pour dissimuler un simple désaccord avec les décisions prises.

A propos de l'évaluation du projet, M. Gruson invite les commissaires à se référer au site internet consacré à la réforme Victoria.

En ce qui concerne le risque de baisse de qualité des prestations, il existe des indicateurs qui agissent comme des signaux d'alarme.

Un commissaire mentionne deux études orientées vers les patients (Forum Santé et Comparis.ch) qui chacune dénoncent une situation assez mauvaise.

M. Gruson réfute les résultats de l'enquête Comparis dont la méthodologie confine à l'ineptie. En effet, il paraît extrêmement hasardeux de vouloir tirer des conclusions sur la base d'une centaine de patients sondés (sur 50 000). De plus, ce sondage de satisfaction inclut également les patients issus de la psychiatrie. Concernant l'étude Comparis, M. Gruson dénonce une opération publicitaire de la part des assureurs qui financent cet organisme.

Il convient toutefois que des améliorations devraient intervenir au plan de l'information du patient.

Pour répondre à une commissaire, M. Gruson indique que la réorganisation en cours de la préparation à l'accouchement, ne signifie aucunement la suppression de cette prestation.

III. Audition de M. Jean-Marc Guinchard, directeur de la santé au DES

M. Guinchard précise que le nombre de postes supprimés jusqu'à septembre 2007 atteint 158,35 à temps plein. Au sujet de la mobilité au sein de la structure, il se réfère à la création d'une bourse de l'emploi, à laquelle chacun peut se référer pour orienter sa carrière.

A propos d'un « second » comité de gestion évoqué par les pétitionnaires, il dément les affirmations des personnes auditionnées. Il n'existe pas de structures parallèles aux comités de gestion des départements médicaux. Le suivi de l'opération Victoria a incité les HUG à se doter d'un organe de pilotage. Quelques membres de ce conseil ont été désignés par le conseil d'administration.

Au sujet de l'étude Comparis, M. Guinchard tient à rappeler qu'elle est essentiellement fondée sur les sentiments subjectifs des patients. Ce genre d'études peu scientifiques ont un crédit limité, sans compter le fait que le site Comparis est soutenu par les assureurs qui ont un intérêt objectif à un certain dénigrement des structures hospitalo-universitaires.

Au sujet des coûts par pathologie (APDRG), il s'agit d'une décision fédérale qui doit être appliquée.

IV. Audition de M^{me} Narbel, ainsi que de MM. Godinat et Rysen, du Forum Santé

Les représentants de Forum Santé remettent aux commissaires une prise de position (annexe).

M. Godinat se réfère à une analyse intitulée « *L'hôpital malade de la gestion : l'obsession des coûts contre la qualité des soins* ».

Au sujet de l'opération Victoria, les intervenants sont préoccupés par la volonté d'économie de l'ordre de 30 millions de F par an sur trois ans, avec l'objectif d'augmentation de l'efficacité. Or, la pression accrue en matière de charge du personnel pourrait mener vers l'affaiblissement de la qualité des prestations. Cette inquiétude se fonde sur quelques indices.

Mme Narbel situe plus précisément son propos au niveau de la prise en charge psychiatrique. En psychiatrie, 15 millions de F d'économies sont prévues sur trois ans, à raison de 5 millions de F par an. En 1998, le taux d'occupation était de 101%, en 2003 de 104 % et en 2005 de 101 %. Elle met en doute la pertinence de ce plan d'austérité budgétaire, alors que l'hôpital se trouve en état de sur-occupation.

M^{me} Narbel fait référence aux constats établis par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) au sein d'un récent rapport sur le rationnement des soins. Les études montrent que le rationnement existe en Suisse. Certaines prestations ne sont pas mises en œuvre à cause de diverses restrictions. Le rationnement implicite semble être reconnu particulièrement dans les domaines de la psychiatrie, de la rééducation, des soins de longue durée et de l'accompagnement chronique.

M. Rysen indique les dangers de cette tendance de faire porter toute la charge de ces restrictions sur les populations les plus fragiles, ce qui contribue à créer un sentiment de vulnérabilité et de tension chez les patients.

Au sujet du plan Victoria, il estime nécessaire d'en revenir à la « démocratie sanitaire », c'est-à-dire de prévoir d'en discuter avec l'ensemble des acteurs et de créer les conditions nécessaires et suffisantes d'un

partenariat social, tout particulièrement dans un contexte de tension budgétaire.

Au sujet des APDRG, M. Godinat considère le système comme litigieux et nécessitant des prises de position des acteurs concernés.

Un commissaire estime que le rapport de l'ASSM mentionné par M^{me} Narbel concerne l'ensemble de la Suisse, sans donner d'éléments sur la situation genevoise, alors que le projet Victoria reste spécifique au canton. Il relève que le processus de rationalisation n'a été abordé que sous l'angle d'une seule spécialité de la médecine, à savoir la psychiatrie. Il demande si l'ensemble du projet Victoria peut être rejeté sur cette base. Au surplus, à propos de la prétendue fragilisation des personnes faibles, il lui semble que les personnes âgées sont tout particulièrement bien traitées dans le canton de Genève.

En réponse à cette intervention, M^{me} Narbel insiste sur la notion de rationnement des soins. Elle veut simplement signifier que dans un tel état d'esprit, les gestionnaires risquent de se focaliser sur les patients peu rentables qui finiront par être mis à l'écart.

Un autre commissaire intervient pour dire que le fait de déplacer des personnes âgées, indûment placées dans des lits d'hôpital, vers des structures adaptées (EMS) ne peut être considéré comme un rationnement.

M. Godinat pense qu'il n'appartient pas aux intervenants de dégager des solutions au moment d'une audition. Ces solutions doivent faire l'objet de discussions approfondies entre tous les acteurs.

Un commissaire précise que le plan Victoria est réalisé sans affecter la qualité du système de soin. Il souligne que le phénomène de la rationalisation des soins n'a pas touché les hôpitaux genevois qui offrent encore une énorme palette de soins.

M. Unger intervient pour confirmer que Genève ne se trouve pas dans une situation de rationnement des soins ; au contraire, le canton est souvent accusé d'une certaine persévérance thérapeutique. Il signale également que le débat sur le rationnement n'a pas grand rapport avec les objectifs du plan Victoria.

V. Discussion et vote

Un commissaire libéral expose que son groupe soutient l'Opération Victoria dans la mesure où elle permet d'améliorer l'efficacité et l'efficacéité de l'hôpital, sans pour autant conduire à un rationnement des soins. Le seul bémol qui ressort des auditions concerne l'aspect de la communication qui

doit être soigné. Il propose le dépôt de la pétition sur le bureau du Grand Conseil.

Un commissaire socialiste propose le renvoi au Conseil d'Etat. Son groupe estime que l'on parle de l'Opération Victoria sans savoir exactement ce que cela représente ; il n'y a ni dossier, ni plan, notamment à compter de 2010 et 2011. Le groupe socialiste partage aussi la surprise du personnel quant à l'avenir et aimerait avoir une vision à moyen terme.

Une commissaire des Verts se déclare également favorable au renvoi de la pétition au Conseil d'Etat. Le groupe des Verts n'est pas opposé au projet, mais il estime qu'il y a un problème de communication et de transparence. Il est inquiet pour le personnel.

Un député MCG, par ailleurs membre du conseil d'administration des HUG, peut comprendre qu'il puisse y avoir un déficit d'information. Il propose à la commission de demander au conseil d'administration, voire au président du DES, que les députés puissent être mieux informés dans les grandes lignes de l'avancement du projet Victoria.

Un commissaire UDC souligne que le projet Victoria vise à obtenir une meilleure efficacité des HUG et qu'il convient donc de le poursuivre. Il demande le dépôt de la pétition sur le bureau du Grand Conseil.

Un commissaire radical indique que l'opération Victoria est importante et qu'il faut faire confiance au Conseil d'Etat. Cela justifie un dépôt sur le bureau du Grand Conseil.

Un commissaire PDC estime que l'opération Victoria est, par certains côtés, difficile à comprendre. Il existe effectivement un problème d'information au sein du séraïl hospitalier. Les gens ont besoin de s'entendre, de se comprendre et de se parler. Il demande donc une certaine concrétisation de l'objectif Victoria.

M. Unger expose ce qui suit à propos du sort qui devrait être réservé à la pétition :

Cette pétition a été déposée alors que le début de l'action Victoria n'avait pas encore eu lieu. M. Gruson a reconnu qu'il y avait sans doute des progrès à faire en matière de communication. Deuxièmement, les invites ne sont pas d'actualité, du moins l'une d'entre elles. En effet, elle demande le retrait de la facturation par pathologie alors que c'est une nouvelle exigence de la LAMal. Il convient également de rappeler que le Parlement a accepté une planification sanitaire (1000 lits de moins). Quant à la gouvernance opérationnelle, ceux qui commandent les actes médicaux, dans les hôpitaux, ce sont les médecins. Ceci ne veut pas dire que le personnel infirmier ne doit pas être consulté. Face à ces observations, il semblerait plus judicieux de

déposer cette pétition sur le bureau du Grand Conseil, mais en insistant sur quelques éléments, notamment sur le fait que l'information doit être mieux partagée et qu'il faut obtenir l'adhésion du personnel. Les HUG en sont conscients puisque des forces supplémentaires sont prévues dans le cadre de la formation des collaborateurs. Par ailleurs, le signe d'un renvoi au Conseil d'Etat serait défavorable, dans le sens de demander d'interrompre des efforts d'efficience.

Le président met aux voix la proposition de dépôt sur le bureau du Grand Conseil de la pétition 1606 qui est acceptée par :

Pour :	8 (2 UDC, 3 L, 1 R, 2 PDC)
Contre :	5 (3 S, 2 Ve)
Abstention :	–

Au vu de ce qui précède, nous vous invitons, Mesdames et Messieurs les députés, à accepter le dépôt de la pétition 1606 sur le bureau du Grand Conseil.

Pétition (1606)

Non à l'Opération Victoria

Mesdames et
Messieurs les députés,

Si le souci d'efficacité dans l'utilisation des moyens, la recherche d'économie ou la lutte contre le gaspillage est une préoccupation légitime, nous ne pouvons pas accepter que cela passe par une réduction des effectifs ou sur le dos du personnel, alors que dans la plupart des services nous travaillons déjà dans des situations à la limite de la sécurité.

D'autre part, nous sommes tout aussi conscients que tout plan d'économies, pour être réaliste et efficace, doit être élaboré d'entente avec le personnel et les services directement intéressés, et non pas imposé !

C'est pourquoi, par la présente PETITION, les soussignés membres des HUG:

1. refusent les mesures proposées par l'Opération Victoria;
Pas de diminution d'effectifs !
2. demandent le retrait immédiat des mesures imposées par la nouvelle gouvernance opérationnelle;
Pas de subordination des soins infirmiers et des PPS !
3. demande le retrait de la facturation par pathologie.
Pas de mise en concurrence des services et des départements !

SSP/Vpod
M. Joël Varone
6, rue des Terreaux-du-Temple
1201 Genève

N.B. : 2622 signatures
SIT
M^{me} Manuela Cattani
16, rue des Chaudronniers
CP 3287
1211 Genève 3

Réponse à la motion M 1790

pour que le plan d'économies "Victoria" des HUG ne devienne pas "Catastrophe"

La motion M 1790 se réfère à l'opération d'efficience, intitulée *Victoria*, lancée en juin 2006 par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) et invite le Conseil d'Etat à favoriser l'information et la concertation autour des mesures d'économies prises par les HUG et validées par leur conseil d'administration.

Dans la première partie de la réponse, le lancement de cette opération est situé dans le contexte et placé dans le prolongement d'autres démarches initiées depuis la réforme hospitalière,

Dans la seconde partie, la construction, le pilotage, les outils de reporting, de suivi, de mesure de la satisfaction du patient, de communication et d'accompagnement via la formation sont abordés.

Puis, dans une troisième partie, un premier bilan est effectué et la préparation de la démarche 2008-2009, incluant la consultation préalable des organisations du personnel, est décrite.

Cette réponse intègre plusieurs questions soulevées par ailleurs devant le Grand Conseil et vise à resituer globalement la démarche initiée par les HUG pour garantir à la population la qualité et la sécurité des soins tout en équilibrant les comptes.

1. Le contexte de l'opération *Victoria*

Votée par le Grand Conseil, la réforme du système de soins a abouti en 1995 à la création des HUG afin de réaliser d'importants gains de productivité, notamment en regroupant les services administratifs et logistiques.

1.1 Des projets de service aux plans stratégiques 2002-2006 et 2006-2010

Les années suivantes ont été marquées par le souci constant de concilier trois enjeux : répondre au quotidien à la mission de service public, veiller à la qualité et la sécurité des soins, assurer la dimension universitaire tout en maîtrisant les coûts. Grâce à d'importants efforts de rationalisation et à la forte capacité d'innovation des professionnels qui y travaillent, les HUG ont réussi leur transformation.

Dès 1998, les projets de service ont défini les priorités médico-soignantes proposées par le terrain, pour éviter les redondances dans le dispositif et redéfinir les missions des services ; des programmes de soins spécifiques, assurant une prise en charge interdisciplinaire cohérente avec la trajectoire du patient, ont été développés dans des domaines prioritaires en matière de santé publique (ostéoporose, cancer du sein, obésité, soins palliatifs, etc.) et des projets transversaux initiés pour améliorer l'organisation des soins (accueil aux urgences, regroupement des soins intensifs, admission des patients âgés et accueil des tout jeunes enfants).

Dans le prolongement de ces travaux, un premier plan stratégique 2002-2006 a été élaboré, proposant des mesures concrètes selon six orientations stratégiques, en particulier l'organisation des soins et l'information et la participation du patient. L'objectif étant d'adapter en permanence les structures à la forte évolution des besoins en soins (recours accru aux urgences, hôpital refuge des populations précarisées, vieillissement et augmentation de la population), aux attentes croissantes des patients et du personnel (cf. réponse à la question écrite Q 3573) ainsi qu'à la sophistication des nouvelles techniques et technologies de soins et de traitement.

Adopté par le conseil d'administration des HUG en novembre 2005 et entériné par le Conseil d'Etat, le deuxième plan stratégique 2006-2010, fruit d'une réflexion menée par une centaine de professionnels, s'inscrit dans le même continuum : il s'appuie sur les réalités du terrain et tient compte des perspectives en matière de coûts de la santé. Autour d'une double mission d'hôpital de proximité et d'hôpital de référence, dix orientations stratégiques se déclinent en

- quatre axes généraux concernant l'ensemble des services et en lien avec l'organisation des soins, les modalités de prise en charge des patients et la recherche clinique
- six axes particuliers se concentrant sur des groupes de patients ou des thèmes médicaux spécifiques.

Pour chaque axe, sont définis des mesures et les résultats attendus. Ce plan stratégique comprend également un plan de management, révisé sous la forme d'une *Gouvernance opérationnelle*, et d'un plan d'actions. Parmi les enjeux-clés identifiés figurent deux tendances fortes : le virage ambulatoire et la trajectoire des patients.

Parallèlement, les HUG, en lien avec la Faculté de médecine de l'Université de Genève, ont adapté fin 2006 le modèle d'organisation mis en place en 1995 : la composition des départements médicaux a été revue afin de mieux coller à la trajectoire des patients, à la recherche et à la formation ; sept centres transdépartementaux (accueil et urgences, cardiovasculaire, médecine génétique, médecine pénitentiaire, oncologie, thérapies cellulaires, troubles cognitifs) ont été créés pour organiser la concertation interdisciplinaire entre différentes unités et services dans le domaine des soins, de l'enseignement pré-gradué, de la formation post-graduée et de la recherche clinique.

Le schéma ci-dessous résume les liens et la convergence entre les différentes démarches entreprises par les HUG et visant à renforcer leur performance.



1.2 Défi financier en 2007 : trouver trente millions de francs

Dès 2007, les HUG doivent faire face :

1. au blocage de l'indemnité versée par l'Etat : c'est l'une des mesures prises pour améliorer la situation financière du canton (cf. plans de réduction des déficits publics)
2. à l'introduction décidée par les autorités d'un nouveau mode de facturation par pathologie (APDRG) pour les hospitalisations de soins aigus uniquement
3. à la progression des coûts salariaux liée à la pleine application de l'accord signé entre le Conseil d'Etat et le Cartel
4. à l'augmentation de la demande en soins provoquée par la hausse et le vieillissement de la population.

Planifiée sur trois ans, l'opération *Victoria* vise à combler un écart entre les charges et les produits estimé entre 80 et 130 millions de francs. A travers cette démarche, les HUG cherchent à résoudre une équation simple : équilibrer les comptes face à une hausse des dépenses et à une stagnation des recettes. Afin d'éviter que des choix leur soient imposés par les assureurs sans tenir compte de la qualité des soins aux patients et des conditions de travail du personnel et que cela entraîne une médecine à deux vitesses, les HUG ont anticipé en s'interrogeant sur leurs forces et faiblesses et en se comparant avec d'autres hôpitaux confrontés aux mêmes défis.

De ce benchmark rigoureux établi par un consultant externe, nourrissant désormais la réflexion médico-économique de la direction et des départements, sont ressortis trois axes d'amélioration : la révision du périmètre des activités, l'amélioration de l'efficacité, notamment en évitant les journées d'hospitalisation inappropriées pour le patient, et la recherche de nouvelles sources de revenus, par exemple en facturant des prestations à des partenaires externes et en améliorant les relevés de prestations (exhaustivité des actes et de la facturation).

Concrètement, à travers *Victoria*, les HUG entendent :

- améliorer leur efficacité en revoyant leur fonctionnement tout en préservant la qualité et la sécurité des soins, de l'enseignement et de la recherche

- impliquer tous les collaborateurs dans la recherche de l'efficience
- diffuser les bonnes pratiques et harmoniser la qualité des soins par les itinéraires cliniques
- rechercher des synergies avec des partenaires externes du réseau de soins public et privé
- développer une réflexion médico-économique autour de leurs activités et prestations
- lutter contre le gaspillage et les dépenses inutiles.

L'enjeu réside également dans la préparation des budgets 2008 et suivants avec l'introduction d'un contrat de prestations liant les HUG à l'Etat de Genève.

2. Plan 2007 : pilotage, construction, outils et actions mises en place

Le pilotage de l'opération Victoria est organisé à plusieurs niveaux. Il privilégie la coordination entre les acteurs et le travail pluridisciplinaire en groupes.

Au niveau des HUG, le pilotage est assuré par un comité de pilotage qui correspond au comité de direction et par une équipe animée par la responsable de l'opération et de l'accompagnement du changement (consultante interne engagée en septembre 2006). Cette équipe pluridisciplinaire assure la coordination de l'opération sur le plan médico-soignant, financier, de la communication et des ressources humaines. Elle suit et accompagne la mise en œuvre des projets et organise le reporting (tableaux de bord, états d'avancement, feuille de route).

Au niveau de chaque département, une équipe de projet composée du chef du département, du responsable des soins, de l'administrateur et du responsable des ressources humaines pilote l'opération et coordonne l'action de groupes de travail éventuellement mis en place pour gérer la mise en œuvre d'un projet ou d'une mesure spécifique. Trois répondants Victoria, soit le chef de département, le responsable des soins et l'administrateur, sont solidairement responsables des résultats obtenus devant le comité de direction.

Le pilotage des projets transversaux est assuré par un sponsor ou référent, membre du comité de direction, et par un chef de projet garant du bon déroulement et avancement du projet. Un groupe de projet interdépartemental est chargé de la mise en œuvre.

En outre, une coordination accrue entre le comité de direction et les membres professionnels des comités de gestion a été mise en place sous la forme de séances trimestrielles. Ces réunions sont préparées en collaboration avec la responsable de l'opération Victoria. Elles sont l'occasion de faire un point de situation sur l'avancement des mesures, d'évaluer les premiers résultats financiers et de faire état des difficultés rencontrées. Les départements ont la possibilité d'interpeller le comité de direction sur des décisions à prendre au niveau institutionnel, une aide à apporter, des ajustements à réaliser. A l'issue de ces séances, un rapport d'avancement consolidé est diffusé via le site intranet Victoria et lors des séances d'information aux

cadres. Ce qui donne à l'ensemble des collaborateurs une visibilité maximale sur l'avancement de l'opération et ses résultats intermédiaires.

2.1 Plan de mesures 2007 : une construction en six étapes

Avant d'être intégré au projet de budget soumis en décembre 2006 au conseil d'administration des HUG, le plan de mesures 2007 a été construit en plusieurs étapes (consultation, analyse, fixation d'objectifs, élaboration de projets, soumission de plans d'action, adoption du budget) :

- la première étape de **consultation** a revêtu la forme d'une enquête en juin 2006 auprès des cadres des HUG (1071 questionnaires envoyés électroniquement, 527 réponses obtenues, taux de participation 49%) : elle a montré une prise de conscience forte du besoin de changer et une volonté de l'encadrement de s'impliquer dans le changement ; elle a dégagé des thèmes d'amélioration de l'efficacité correspondant majoritairement à ceux poursuivis par l'opération *Victoria*
- la deuxième étape d'**analyse** a consisté en l'audit des départements, directions et services communs entre juillet et octobre 2006 : ont notamment été comparés les durées de séjour (identification des DRG ayant des durées de séjour dépassant la moyenne suisse), les coûts des prestations (identification des DRG dont les coûts dépassent la moyenne pondérée des HUG) et les ratios de personnel avec d'autres hôpitaux universitaires
- la troisième étape de **fixation des objectifs** a réuni les membres professionnels (chef de département, administrateur, responsable des soins ou responsable technique, responsables des ressources humaines) des comités de gestion des départements : des échanges ont permis de discuter des pistes d'amélioration envisagées et réalisables et de fixer une cible financière pour 2007 et à l'horizon 2009
- la quatrième étape correspondait à l'**élaboration, département par département, des projets**, avec l'aide et le soutien de l'équipe de projet *Victoria* et en concertation avec les directions médicale, de soins, des ressources humaines et des affaires économiques et financières
- la cinquième étape a abouti à la **soumission des plans d'action et des budgets aux comités de gestion** de chaque département (y inclus le membre élu du personnel et le représentant du conseil d'administration) : les décisions motivées des comités de gestion ont été ensuite prises en considération pour finaliser le budget 2007
- la sixième étape a été l'**adoption du budget 2007**, intégrant les mesures *Victoria* 2007, par les instances des HUG (le comité de direction où siègent la directrice des centres d'action sociale et de santé et le Doyen de la faculté de médecine, le bureau, puis le conseil d'administration où siègent notamment des représentants du Grand Conseil, du Conseil d'Etat, trois membres élus du personnel et le président de l'Association des médecins de Genève).

Chaque étape a été accompagnée par des actions de communication envers les cadres ou l'ensemble du personnel. Si l'on prend l'exemple de la première étape liée à la consultation, citons les différents supports utilisés :

- séance d'information des cadres par le directeur général (juin 2006)

- information dans le bulletin d'information aux cadres *Repères*, accessible à tous sur l'intranet des HUG (23 juin 2006)
- envoi de deux mails aux cadres pour les inviter à participer à l'enquête
- présentation des résultats au forum des cadres et mise à disposition sur le site intranet de la direction générale (septembre 2006)
- reprise des résultats dans le bulletin d'information aux cadres *Repères*, en lien avec la présentation des mesures prises (19 janvier 2007).

Si l'on prend l'exemple de la sixième étape, citons les différents supports utilisés en décembre 2006 et janvier 2007 :

- information du personnel avec la fiche-salaire de novembre 2006 (*Oui à l'information, non à la désinformation*) et de décembre 2006 (*Tout sur la bourse de l'emploi*) – NB : ces informations au personnel ont également été transmises à toutes les unités de travail, publiées en flash Intranet et affichées sur les tableaux officiels.
- séances d'information au personnel sur les sites de la Maternité (novembre 2006), du Cesco, des Trois-Chêne, de Belle-Idée et de Loëx, tenues par les cadres du département de réhabilitation et gériatrie et/ou le directeur général (décembre 2006)
- séances d'information aux cadres l'une liée à la recomposition des départements et l'autre aux mesures *Victoria* (début et mi-décembre 2006)
- publication intégrale des mesures *Victoria* dans le bulletin d'information aux cadres *Repères* (19 janvier 2007)
- articles dans le journal *Pulsations* envoyé au personnel (avec fiche-salaire), aux partenaires et aux abonnés, mis à disposition des visiteurs et des patients sur les sites hospitaliers : éditorial (décembre 2006), éditorial (février 2007), interview sur l'opération *Victoria* + article sur la mise en place d'une bourse de l'emploi (mai 2007)
- information intégrée dans le rapport d'activité 2006 (diffusion auprès des partenaires -médecins privés, services sociaux, autres hôpitaux- et des autorités politiques, y inclus députés du Grand Conseil).

2.2 Accompagnement du changement et communication

Une attention particulière est apportée à accompagner sur le terrain les responsables des départements chargés d'initier et de mettre en œuvre les mesures adoptées.

A la demande des départements, un accompagnement ciblé et individualisé est assuré et peut revêtir différentes formes :

- rencontres avec les comités de gestion départementaux (discussion sur la préparation des mesures, présentation du pilotage de l'opération, etc.)
- soutien ponctuel d'un membre de l'équipe *Victoria* sur une problématique spécifique (analyse des durées de séjour, gestion des effets sur un département d'une mesure prise par un autre, aide à la réaffectation du personnel, etc.)
- participation ou aide à l'organisation d'actions de communication spécifiques à un département

- aide à la recherche de solutions en situation de blocage ou de difficulté de mise en œuvre.

A côté de cet accompagnement ciblé et individualisé, un plan de communication commun à l'ensemble des HUG est mis sur pied (information continue via le site Intranet Victoria et actions ponctuelles d'information). Un cursus de formation spécialement destiné aux comités de gestion et abordant des outils utiles à la pratique quotidienne a été élaboré par le centre de formation.

Enfin, un dispositif d'accompagnement paritaire a été mis en place pour suivre la gestion des réaffectations de personnel touché par les mesures Victoria. Un outil spécifique, la bourse de l'emploi, a été créé par la direction des ressources humaines et mis à disposition des collaborateurs, des responsables RH des départements et des hiérarchies. Toutes les 6 semaines, une séance de suivi réunit les représentants du personnel, les syndicats et des représentants de la direction. Des tableaux de bord présentant le nombre de postes non repourvus, le nombre et le type de départs (retraite, plend, démission) et le nombre de collaborateurs réaffectés sont distribués avant les séances. L'engagement solennel pris par le comité de direction des HUG de réaliser l'opération Victoria sans licenciement et de trouver pour chaque collaborateur dont le poste n'est pas repourvu une nouvelle affectation dans les HUG est respecté. Ces séances paritaires sont également l'occasion de relayer et de faire le point sur des situations particulières en matière de mobilité interne.

2.2.1 Création d'un site intranet dédié à l'opération Victoria

D'emblée, une communication soutenue et transparente avait été identifiée comme l'un des facteurs-clés de la réussite de l'opération Victoria. Pour faciliter un accès aisé et permanent à toute l'information existante sur la démarche, un site spécifique a été créé sur lequel sont publiés d'abord les mesures proposées puis validées, ainsi que les résultats trimestriels accompagnés de commentaires émis par les départements et par le comité de direction.

Outre sa vocation informative, le site a été conçu pour accompagner les acteurs directement impliqués dans un projet transversal ou départemental en mettant à disposition un espace de travail (espace collaboratif réservé et protégé par un mot de passe), des outils standards et des modèles de documents (fiche-projet, rapport de projet, état d'avancement, fiche de mandat) et un matériel didactique (présentation PowerPoint de base sur la démarche, à disposition).

Début 2008, les dernières mises à jour effectuées ont concerné :

- la diffusion des résultats au 30/09/07 tels que validés lors des séances trimestrielles de novembre 2007
- la publication d'un rapport sur une démarche expérimentale d'analyse des DRG en chirurgie orthopédique, contenant des guidelines et des recommandations aux départements
- la publication de documents en lien avec le projet sur les itinéraires cliniques :
 - note méthodologique et guidelines de réalisation d'un itinéraire clinique
 - liste des itinéraires cliniques en cours ou finalisés

- le planning des séances trimestrielles 2008, les consignes pour leur préparation, les liens vers les documents utiles
- la publication des feuilles de route 2008 des départements.

Courant 2008, une partie de cet intranet est appelé à devenir un site internet.

2.2.2 Information interne et externe autour des réalisations

Au-delà des séances d'information aux cadres tenues par le directeur général après chaque réunion du conseil d'administration, de multiples supports sont utilisés en interne pour diffuser soit une information générale, soit une information spécifique :

- flashes sur intranet repris sous la forme d'informations sur les tableaux d'affichage des unités ou à proximité des restaurants d'entreprise (réorganisation de l'unité de gériatrie communautaire, déménagements en addictologie, création de l'équipe mobile en psychiatrie adulte, déménagement en psychiatrie adulte, création du centre de psychiatrie et psychothérapie de l'âge avancé, etc.) et publiés sur le site Victoria
- bulletin d'information aux cadres *Repères*, disponible sur intranet et accessible à tous
- messages électroniques pour transmission urgente aux cadres avec demande de relayer dans leurs équipes
- information écrite adressée *ad personam* au collaborateur sur son lieu de travail (par ex. pour la réorganisation de l'unité de gériatrie communautaire)
- journal *Pulsations* informant sur l'évolution du dispositif de soins sous la forme d'articles ou d'échos
- mur d'images, écrans et bornes interactives accessibles aux patients (développement en cours)
- encarts dans la fiche-salaire (notamment publication des offres disponibles à la bourse de l'emploi).

Une partie de ces informations sont également relayées en externe, via des flashes sur le site Internet, au moyen de communiqués de presse, par courrier aux partenaires et aux patients. Par exemple, les informations réalisées par le département de psychiatrie (addictologie, psychiatrie adulte, psychiatrie gériatrique) ont également été envoyées à des médecins généralistes et psychiatres privés, au réseau socio-sanitaire (CASS, EMS, etc.) et aux associations partenaires, s'ajoutant aux informations faites oralement dans le cadre de rencontres existantes. Un autre exemple est l'information réalisée auprès des médecins de ville lors du transfert des lits de répit et la réorganisation de l'unité de gériatrie communautaire (ex-Poliger).

A relever les efforts faits en 2007 par plusieurs départements pour informer personnellement le personnel touché par des réorganisations. A l'image du département de médecine communautaire et de premier recours dont les responsables se sont déplacés à plusieurs reprises à l'unité de gériatrie communautaire ou du département d'exploitation qui a rencontré les 94 collaborateurs du secteur nettoyage, concernés par une mesure Victoria, dont 77 ont ensuite été vus individuellement.

La préparation de VICTORIA 2008 a été l'occasion de renforcer l'information :

- auprès du personnel : réalisation de deux informations jointes à la fiche-salaire, à partir de questions-réponses (l'une en novembre 2007 sur les résultats et le premier bilan ; la deuxième en décembre 2007 faisant un point de situation sur VICTORIA 2008)
- auprès des cadres : information systématique du directeur général lors des séances aux cadres à la fois sur l'opération VICTORIA et sur l'état d'avancement des projets transversaux (novembre, décembre et janvier).

Des séances d'information au personnel ont également été organisées dans les départements d'exploitation, de réhabilitation et gériatrie, des neurosciences cliniques.

2.2.3 Mise en place d'un cursus sur la gestion et conduite du changement

Le centre de formation des HUG a élaboré un programme spécifique ayant pour objectif d'accompagner les comités de gestion dans leur conduite des changements induits par la démarche *Victoria* et la recomposition des départements :

- plusieurs actions de formation inter-comités de gestion et comité de direction destinées à l'ensemble des acteurs afin qu'ils partagent une vision commune et constituant une plateforme d'échanges. Ces séances communes s'articulent autour d'un thème particulier (démarche médico-économique, réussir en équipe, etc.). A partir d'exposés théoriques et d'exemples concrets, les participants apprennent à mieux appréhender les situations de changement, à porter un autre regard sur leur vécu et à trouver éventuellement des clés pour l'action
- des actions de formation pour chaque comité de gestion en vue de créer une dynamique en matière de management et de communication. Ainsi un programme de formation à la carte est construit avec chaque comité de gestion à partir d'une offre de modules allant de la gestion d'équipe à l'utilisation de la feuille de route en passant par les armes du négociateur. Ces formations ont pour but de renforcer les compétences du comité de gestion dans son rôle de moteur et d'acteur du changement, de proposer à ses membres les mêmes outils d'analyse et de gestion, de consolider les liens entre ses membres et de répondre à leurs préoccupations concrètes
- des actions de formation par métier visant à développer les compétences techniques et à offrir un lieu d'échanges aux participants pour mieux comprendre leur environnement spécifique.

A noter que le centre de formation des HUG propose également aux cadres un cursus spécifique de Formation Continue aux Compétences en Management (fccm). Dans le nouveau programme, figurent différents cours offrant également un accompagnement de la démarche *Victoria* : conduire et gérer le changement, communication managériale constructive, gestion des processus, modèle EFQM aux HUG, etc.

2.3 Outils de reporting et de suivi

Pour suivre la mise en œuvre de l'opération Victoria, deux types d'évaluation ont été mises en place : la méthodologie *Feuille de route* implantée avec l'aide d'un consultant externe et les tableaux de bord développés en interne.

2.3.1 *Feuille de route*

Pour l'élaboration et le suivi des projets menés dans l'établissement, les HUG ont décidé d'appliquer une méthodologie appelée *Feuille de route*. Cet instrument de « road-mapping » aide à :

- clarifier les responsabilités et à soutenir les équipes de projet
- augmenter la rigueur et la discipline dans la gestion des projets
- suivre de façon régulière l'avancement des projets
- mesurer l'impact de ce qui est réalisé.

Dans le cadre de l'opération Victoria, la feuille de route constitue l'outil commun utilisé lors des séances trimestrielles entre le comité de direction et les membres professionnels des comités de gestion pour :

- faire état de l'avancement des mesures sur le plan opérationnel et financier
- évaluer le niveau d'avancement (démarche nouvelle d'attribuer un code couleur vert-orange-rouge impliquant un changement de culture, développement de la capacité à s'auto-évaluer, renforcement d'une logique « projet », orientée vers les résultats et la responsabilisation dans l'atteinte des résultats)
- discuter des difficultés rencontrées, envisager des modifications des objectifs, chercher des solutions, sensibiliser la direction sur la nécessité de prendre des décisions.

2.3.2 *Tableaux de bord*

Des tableaux de bord de suivi sont utilisés par l'équipe Victoria, avec des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Ils servent à suivre l'opération sur le plan des résultats opérationnels (diminution des délais, des journées inappropriées) mais aussi sur le plan des impacts au niveau du personnel (taux d'absence) et des patients.

Cette deuxième démarche évaluative se met progressivement en place, elle sera plus soutenue en 2008 car alimentée par les travaux menés dans le cadre du projet transversal *Tableaux de bord*.

3. Bilan de la démarche et préparation du budget 2008

Le premier bilan consiste à apprécier les effets sur les patients des mesures d'efficacité et de réorganisation. L'enquête de satisfaction Picker conduite régulièrement aux HUG constitue à cet égard un outil privilégié. Par ailleurs, deux espaces d'écoute et de dialogue avec les patients viennent d'être ouverts afin de faciliter le recueil de doléances et de coordonner les suites à y donner.

A mi-parcours, fin juin 2007, un bilan opérationnel et financier de l'opération *Victoria* 2007 a été réalisé et largement diffusé. Il a orienté la préparation de la suite de la démarche 2008-2009, incluant la consultation préalable des organisations du personnel et les initiatives prises pour améliorer l'information.

3.1 Enquête Picker

Le taux de satisfaction des patients est un indicateur reconnu de la qualité des prestations. Les HUG ont commencé à réaliser des enquêtes de satisfaction au niveau institutionnel en 2001. Cinq enquêtes ont été réalisées (2001, 2002, 2004, 2005, 2007). Les résultats comparatifs des quatre premières enquêtes sont publiés sur le site internet des HUG, accessible à tous. Ceux de l'enquête 2007 sont en cours d'analyse et seront disponibles d'ici début 2008. Ils feront l'objet d'un feedback aux services et aux instances des HUG. Des réunions de débriefing seront organisées dans les services où l'enquête révèle des difficultés.

Le questionnaire utilisé est le questionnaire développé par l'Institut Picker. Agréé par Santé Suisse et H+, il est largement employé dans le monde. En Suisse, ce questionnaire est utilisé dans les cantons de Zurich, Vaud, Berne, Tessin et Soleure. Une collaboration entre les HUG et le CHUV est en cours afin de comparer les résultats des enquêtes de satisfaction.

Ce questionnaire est composé d'une cinquantaine de questions groupées et analysées selon neuf dimensions de satisfaction : soutien moral, respect de l'individu, information à la famille et aux proches, information au patient, information spécifique en chirurgie, bien-être physique, sortie, coordination du traitement et impression générale.

Selon les enquêtes entre 2200 et 2500 patients sont inclus. Le taux de réponse oscille autour de 65% et 70.4%. Les résultats sont présentés en valeurs problématiques afin de favoriser la réflexion autour des pratiques.

3.2 Création de deux espaces d'écoute du patient

En septembre 2007, soucieux de favoriser le dialogue avec le public, les HUG ont lancé une double initiative pour faciliter l'expression des doléances des patients et recueillir leur opinion. En complément aux recours existants, deux nouvelles « portes d'entrée » pour recevoir les réclamations et les suggestions sont mises en place :

1. une médiation interne aux HUG, sous la forme d'un espace de dialogue et d'écoute ouvert le 5 novembre 2007 dans l'entrée principale
2. une permanence de l'Organisation suisse des patients (OSP), joignable téléphoniquement dès le 5 novembre 2007, avec une présence sur place dès janvier 2008.

3.3 Bilan global à mi-parcours

Comprenant un volet quantitatif et qualitatif, un premier bilan a été présenté au conseil d'administration en juin 2007, aux cadres, puis au personnel des HUG dans le cadre de trois séances d'information données en septembre par le directeur

général. Il est également disponible sur le site Victoria et a fait l'objet d'un résumé dans le bulletin aux cadres *Repères*.

Sur le plan quantitatif, ce premier bilan montre que l'ensemble des mesures prises par les départements, même celles qui étaient impopulaires, ont été mises en œuvre. Il subsiste des difficultés au niveau des comptes 40 pour maîtriser l'augmentation du coût des médicaments et du matériel médical. Quelques retards sont observés dans la mise en service de la nouvelle centrale thermique (délai référendaire) ou dans le démarrage de la collaboration de la stérilisation des HUG avec la Clinique Joli-Mont (effective au 1^{er} octobre).

Sur le plan financier, la cible fixée dans le budget 2007 devrait être globalement respectée. A noter que les direction, services communs et département d'exploitation concourent à hauteur de 19,4% des économies en 2007 et 23,2% en 2008.

Sur le plan qualitatif, il est intéressant de relever le fort développement de nouvelles approches en lien avec la fermeture de lits et le virage ambulatoire (voir point 3.4).

A noter également que, pour compléter ce bilan avec un éclairage sur les ressources humaines, une enquête de satisfaction a été lancée auprès des collaborateurs ayant changé d'affectation en 2007, le retour des questionnaires est attendu d'ici la mi-mars 2008. Les réponses obtenues serviront à améliorer le fonctionnement de la bourse de l'emploi.

3.4 Développement de nouvelles approches

A l'exception de Loëx où la problématique est une diminution importante de l'activité et des admissions de patients (lien avec l'ouverture des EMS), tous les départements qui ont fermé des lits, l'ont fait dans le cadre du développement de nouvelles approches dans les soins, principalement l'ambulatorisation :

- en chirurgie : moyennant le transfert de huit lits vers d'autres unités et la fermeture de sept en lien avec le projet « Same Day et One Day Surgery », une unité a été libérée pour mettre en place une unité AVC améliorant la prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral dès l'entrée du patient aux urgences jusqu'à la sortie en neuroéducation. La fermeture de huit lits supplémentaires est envisagée pour permettre l'aménagement d'une unité de jour pour la prise en charge ambulatoire de certaines interventions
- en médecine communautaire et de premier recours : huit lits d'accueil service ont été transférés au département de réhabilitation et gériatrie et l'activité ambulatoire de l'unité de gériatrie communautaire a été renforcée, notamment via l'équipe mobile
- en médecine interne : l'unité 7-AL (12 lits) a été transformée en unité d'investigations et de traitements brefs (UITB); les soins aux personnes souffrant d'anorexie mentale sont assurés par l'unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA)
- en psychiatrie adulte : la fermeture de 16 lits aux Platanes a facilité la mise sur pied d'une équipe mobile, réclamée depuis longtemps par les associations de proches, pour renforcer l'offre ambulatoire. Cette équipe mobile a été élargie grâce à un don privé

- en psychiatrie gériatrique : la fermeture de deux unités, soit 21 lits (les autres lits ont été transférés pour renforcer les unités hospitalières restantes) est à mettre en lien avec le déplacement et l'agrandissement de l'hôpital de jour, le regroupement de toute l'activité ambulatoire sur un site et la mise en place de quatre lits de crise aux Epinettes
- en addictologie : dans le cadre du regroupement des unités Les Crêts et Seran, trois lits ont été fermés et un hôpital de jour a été créé à la Villa Les Crêts ; le regroupement du dispositif hospitalier sur Belle-Ideé a permis d'augmenter le taux d'occupation (auparavant 60% au Petit-Beaulieu, aujourd'hui 95% aux Chênes) et de conserver les mêmes prestations à la population
- en neurosciences cliniques : suite à la fermeture de l'unité 2DK (paraplégiques), le suivi des paraplégiques a été transféré au service de neuro-rééducation à l'exception des jeunes patients traumatisés orientés vers le centre suisse de paraplégiques de Nottwill, centre d'excellence en la matière, afin de leur offrir des prises en charge de meilleure qualité et de mettre à leur disposition des techniques de pointe. Du fait de l'amélioration de la sécurité dans les véhicules, les cas de paraplégies traumatiques sont en diminution et le petit nombre de cas à Genève est insuffisant pour maintenir des soins de qualité. Par contre, une coordination de toute la prise en charge, des soins aigus aux HUG aux centres spécialisés pour réhabilitation et jusqu'au suivi ambulatoire post réhabilitation aux HUG, est désormais assurée par une infirmière de référence des HUG.

3.5 Préparation du budget 2008

En 2008, les charges continueront à croître alors que l'indemnité de l'Etat (anciennement appelée subvention) restera à un niveau identique. L'Etat ne financera pas l'augmentation des frais de personnel liée aux mécanismes salariaux (1/2 annuité en 2007, engagement en classe finale, etc.). Pour les HUG, cela représente un « trou » de 18,6 millions de francs.

Pour équilibrer leur budget, les HUG doivent trouver 24 millions. Comment ?

- en augmentant de 2,9 millions les recettes, notamment par une amélioration de la facturation ambulatoire (application du tarif TARmed)
- en réduisant de 18,6 millions la hausse des frais de personnel (non-repouvoi de 125 ETP)
- en freinant l'inflation des autres charges de fonctionnement (2,4 millions pour la classe 4)

Comme l'an dernier, chaque département/direction a été sollicité pour proposer des mesures internes selon trois axes d'amélioration (révision des activités, gain d'efficience et nouvelles sources de revenus) et pour participer aux axes transversaux définis en 2007 (itinéraires cliniques, portails des lits, optimisation des blocs opératoires, etc.).

Pour 2008, plus de 70 propositions ont été élaborées par les départements et directions et 2 nouveaux projets transversaux -management de l'absence (diminuer d'un point les absences équivalait à 10 millions d'économies) et management des heures supplémentaires- sont lancés. En remettant le 8 octobre 2007 ces

propositions aux organisations syndicales, la direction des HUG a décidé de les consulter officiellement en leur donnant la possibilité d'exprimer leur position jusqu'au 26 octobre. Ces propositions sont également disponibles sur le site *Victoria* afin de faciliter l'information de tous et de favoriser la coordination entre départements.

Après le vote par les comités de gestion, où siègent les membres élus du personnel, et par le comité de direction, le bureau du conseil d'administration examinera, le 29 novembre, le budget 2008 des HUG et la ventilation par département. Ce jour-là, une première lecture du budget sera également faite par le conseil d'administration.

Le 13 décembre 2007, le conseil d'administration, où siègent les représentants du Conseil d'Etat, du Grand Conseil et du personnel, votera le projet de budget 2008, intégrant les propositions faites dans le cadre de *Victoria*.

4. Conclusion

Forts de l'expérience de 2007, les HUG renforceront en 2008 leurs actions de communication, en interne et en externe, et d'accompagnement des services dans la mise en œuvre des projets et la recherche de mesures pour 2009. Pour ce faire, ils disposent de nouveaux outils performants comme la feuille de route et les tableaux de bord et pourront également s'appuyer sur le modèle développé par la *European Foundation for Quality Management (EFQM)*. Cinq services ont été volontaires pour réaliser cette démarche d'auto-évaluation et le département d'exploitation a décidé de la généraliser à l'ensemble de ses services.

Pour les HUG, l'enjeu de l'opération *Victoria* est vital car le contrat de prestations exercera une pression financière encore plus forte et créera une obligation de résultats. Il s'agit de concilier différents facteurs:

- qualité des soins et des traitements et satisfaction des patients
- souci d'économie et d'efficience
- épanouissement du personnel et développement des compétences.

Cette opération implique la mobilisation de tous les acteurs à l'interne, une coordination avec les partenaires (notamment l'AMG, les EMS et les Cass) et une information large, d'abord des autorités (notamment via les représentants du Grand Conseil et du Conseil d'Etat au conseil d'administration et aux comités de gestion) et du grand public afin de favoriser l'accès aux nouvelles prestations mises en place et de développer une approche citoyenne des patients face aux coûts de la santé.

Forum Santé

Case postale 2004 - 1211 Genève 2

Audition à la Commission de la santé du Grand Conseil le 28.09. 2007

Prise de position du Forum Santé sur la Pétition P 1606 Non à l'Opération Victoria

Le Forum santé a publié en novembre 2006 une brochure intitulée « *L'hôpital malade de la gestion – l'obsession des coûts contre la qualité des soins* ». Nous avons analysé l'importante augmentation du volume d'activité, par exemple, le doublement du total des admissions pour l'ensemble des EPM entre 1998 et 2004. Pour les HUG, en moyenne générale, la croissance des activités en 6 ans entre 2000 et 2005 atteint 10,6%, alors que la population résidente à Genève n'a augmenté que de 6,25% pour la même période.

Avec la complexification des tâches, un accroissement des charges lié à l'augmentation des contraintes technologiques et administratives, il n'y a aucun doute que la charge de travail a augmenté ces dernières années.

Or, dans le domaine des statistiques concernant les effectifs du personnel, nous avons été frappés par des différences significatives selon les sources. Globalement, en prenant les chiffres les plus fiables et les plus comparables, on voit que les effectifs n'ont pas augmenté en proportion de la charge de travail : seulement 6,9 % pour la même période. Il y a donc un différentiel de 3,7%. Et en 2006, 35 postes ont été supprimés.

Une première enquête de l'OFS (oct. 2006) donne une vue d'ensemble des établissements hospitaliers en Suisse en 2005 : 208 établissements publics ou subventionnés, 129 privés. Selon l'observatoire de la santé (Obsan), depuis 2003, le taux de journée/lit hospitalier est en diminution en Suisse, de même que les effectifs hospitaliers qui ont globalement baissé pour la 1ère fois en 2004. Nous savons qu'au plan politique fédéral, plusieurs partis de droite parlent de suroffre hospitalière et veulent diminuer drastiquement le nombre de lits hospitaliers dans notre pays. En résumé, la planification sanitaire, en baissant l'offre de lits dans le secteur public, risque clairement de favoriser le secteur privé. Or le Forum Santé a défendu depuis sa fondation le rôle central et prioritaire du dispositif public dans le système sanitaire.

L'Opération Victoria

L'objectif confirmé de cette opération est de réaliser entre 80 et 130 millions d'économie dans les HUG entre 2007 et 2009, principalement avec une réorganisation des activités et une augmentation de l'efficacité, c'est-à-dire un meilleur rapport coût- efficacité. Mais les informations plus précises n'ont pas été fournies aux représentants élus du personnel. D'où les craintes exprimées dans la pétition d'une réduction des effectifs ou

d'économies réalisées sur le dos du personnel. En effet, diminuer les effectifs alors que la charge de travail augmente ne peut que se réaliser par une intensification du travail ! Du point de vue du Forum Santé, notre préoccupation concerne évidemment plus globalement le risque d'une baisse de la qualité des soins.

Alors que les besoins sanitaires hospitaliers augmentent très nettement dans certains secteurs comme les urgences, en pédiatrie, à la maternité, en médecine interne, en chirurgie, en psychiatrie, les effectifs sont déjà insuffisants et ceci depuis de nombreux mois, et les patients en font les frais. Les résultats récents de l'étude Comparis sur la satisfaction des patients selon les différents hôpitaux ont montré une très mauvaise position pour notre hôpital cantonal.

Une vaste étude de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle (RICH-Nursing) sur le rationnement des soins publiée en 2005 met en évidence l'effet négatif du rationnement des soins sur la satisfaction des patients et des soignants, avec l'augmentation des complications et donc des coûts. D'autres études comme l'IHOS (International Hospital Outcome Study) avaient déjà démontré les rapports significatifs entre la réduction du personnel soignant et une baisse de la qualité au niveau des résultats pour les patients et les soignants, au-delà des systèmes de santé différents. Pour la première fois en Suisse, ces données sont établies, y compris en comparaison internationale.

Ces études ne font que confirmer ce que le personnel et les patients « expérimentent » déjà sous le régime néo-libéral de la réduction des dépenses publiques depuis plusieurs années. Si l'enquête de satisfaction en psychiatrie par exemple révèle encore aujourd'hui que le personnel donne le meilleur de lui-même, la surcharge et le taux d'occupation des lits très élevé reste préoccupant. Avec Victoria, la situation risque de se dégrader dangereusement.

En ce qui concerne les réorganisations dans différents départements, nous ne pouvons que regretter que tous les acteurs n'aient pas été consultés. Cela donne le sentiment d'opérations vécues dans la précipitation, sans concertation, comme par exemple le rattachement de la psychiatrie de l'adolescence à la pédiatrie, ou les changements intervenus dans le service des urgences.

Nouveau mode de financement des hôpitaux.

Enfin, le nouveau mode de financement des hôpitaux va poser plusieurs problèmes.

En effet, depuis 2003, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), planche sur la planification hospitalière liée aux prestations, avec une rémunération liée à celles-ci.

Or le 16 août 2007, l'organisation faîtière H+ Les hôpitaux de Suisse, qui regroupe 390 hôpitaux et concerne quelque 144'200 places de travail, vient de prendre publiquement position en faveur d'un financement unifié, par un système forfaitaire axé sur les prestations par cas, appelé SwissDRG. Elle reconnaît toutefois que « *le contrôle de la rentabilité et de l'efficacité du nouveau système reste litigieux* ».

Par la même occasion, H+ critique le système dit « Minima Data Set » que veulent instaurer les assureurs, car « il ne permet ni de contrôler l'efficacité ni de protéger les

données confidentielles concernant les patients du fait de la transmission systématique des données de diagnostic ».

Créé aux USA dans les années 80, pays dont le système de soins est le plus cher au monde et loin d'être exemplaire, un système de tarification hospitalière par groupe de pathologies a été mis en place dans Medicare. Issu du secteur industriel marchand, Fetter a créé le DRG (diagnosis related groups) pour évaluer la « production hospitalière » sur des standards homogènes, avec une recherche du coût moyen par groupe (cost-weight).

Avec une priorité donnée aux dimensions économiques, cette évaluation des prestations hospitalières fait l'impasse sur la complexité de la pathologie elle-même, sur la complexité des systèmes hospitaliers, et sur les soins infirmiers dont il n'est pas tenu compte dans ce modèle. Ainsi, la « chaîne de production » hospitalière est analysée sur le mode industriel au sens propre du mot, avec pour objectif la mise en concurrence des services offrant des prestations analogues.

Ce nouveau système de financement, appelé dans un premier temps APDRG (all patients DRG), a été mis en œuvre depuis quelques années à Zurich, à la SUVA et au CHUV, sous la pression des assureurs de santé suisse. Il est à l'œuvre à Genève depuis 2007.

L'objectif déclaré est de mettre les services sous la pression de la concurrence afin de réduire les coûts par patient.

Mais les critères classiques, comme la durée de séjour, ont été constitutifs de cette nouvelle approche, sans tenir compte ni des réhospitalisations, ni des complications après le séjour en hôpital. De plus, ce système pousse au surcodage afin de justifier des séjours prolongés, sans correspondance avec la réalité clinique. Les problèmes liés par exemple à la comorbidité (présences de plusieurs maladies en même temps, ou de troubles associés) rendent les évaluations de diagnostic principal plus complexes. De plus, les pathologies s'influencent les unes les autres, sans parler des troubles psychosomatiques, domaine insuffisamment étudié et posant de multiples problèmes thérapeutiques.

Notre expérience professionnelle nous a appris que les êtres humains sont des êtres éminemment complexes et qu'une approche trop réductrice des patients risque de limiter l'efficacité des soins. De plus il est important de rappeler ici que le rapport coût efficacité devrait se mesurer sur le long terme car nous avons également appris que les effets des soins et des différentes thérapies doivent être évalués à plus long terme. Nous proposons donc que le nouveau système de codage ne serve que de tableau de bord indicatif mais en aucun cas à la base du financement des activités hospitalières.

En conclusion, le Forum Santé dénonce la politique d'intensification du travail voulue par Victoria, refuse les diminutions d'effectifs, refuse les privatisations, demande qu'une véritable politique de concertation soit mise en place, et que le financement par pathologie soit suspendu tant que les données cliniques entreront en contradiction avec ce mode de financement.

Genève, le 28 septembre 2007

Date de dépôt : 15 avril 2008

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Alain Charbonnier

Mesdames et
Messieurs les députés,

La minorité de la Commission de la santé vous propose le renvoi au Conseil d'Etat de la pétition 1606 « Non à l'opération Victoria » déposée le 15 décembre 2006 et signée par 2622 employés-ées des HUG.

La minorité de la commission reprend pleinement à son compte le préambule de la pétition :

« Si le souci de l'efficacité dans l'utilisation des moyens, la recherche d'économie et la lutte contre le gaspillage sont des préoccupations légitimes et que nous partageons, nous ne pouvons accepter que cela se passe par une réduction des effectifs ou sur le dos du personnel alors que dans la plupart des services, nous travaillons déjà à la limite de la sécurité. D'autre part, nous sommes tout aussi conscient que tout plan d'économie, pour être réalisable et efficace doit être élaboré d'entente avec le personnel et les services directement intéressés et non pas imposés ».

Cette opération nous a été présentée par le directeur des HUG comme la réponse aux plans d'économie P1 et P2 du Conseil d'Etat. L'objectif est d'économiser 90 millions de 2007 à 2009 soit 30 millions d'économie par année.

Avant même la mise en place de ce plan d'économie, les acteurs de la santé sont d'accord pour dire que la situation dans la plupart des services des HUG était difficile. Une étude du Forum Santé publiée en novembre 2006 démontre déjà l'insuffisance des effectifs de soignants dans certains secteurs comme par exemple les Urgences, la Pédiatrie, la Maternité, la Médecine Interne, la Chirurgie ou la Psychiatrie.

De son côté le conseiller d'Etat P.-F. Unger a reconnu l'évolution considérable des HUG ces trente dernières années : aujourd'hui à Genève, il y a 1000 lits de moins et 120 000 personnes supplémentaires. D'autre part il a reconnu que le taux idéal d'occupation devrait se situer autour de 87 à 88 %

et non pas à son taux actuel de 100 %. Un 100% nettement dépassé dans un service comme la psychiatrie !

Afin de réaliser ce plan d'économie, les HUG ont fait appel à une entreprise américaine spécialisée dans le domaine des soins. Quant on connaît le système de santé aux Etats-Unis, les premières craintes se font déjà apparaître. De plus dans ses Plan d'économies P1, P2 le Conseil d'Etat préconise un recours exceptionnel aux mandats externes. L'opération a coûté déjà 2 500 000 F aux HUG, donc aux contribuables et pour ce prix ce mandataire n'a pas pu publier un document résumant les grandes lignes de l'opération. Les députés n'ont donc pas pu prendre connaissance du moindre document écrit concernant l'étude du mandataire. C'est le premier grand déficit d'information dont souffre ce plan Victoria !

Au menu donc : 100 millions de F d'économies sur trois ans, dont l'objectif pour 2007, fixé à 30 millions de F, prévoit notamment la suppression de 100 lits et de 160 postes.

On l'a déjà écrit plus haut, la minorité de la commission n'est pas opposée à des économies, mais désire conserver à Genève une qualité de prestations et une humanisation des soins dignes et conformes aux besoins d'une population, qui paie de considérables cotisations d'assurances-maladie et des impôts devant lui offrir une politique de santé de bon niveau.

La mise en œuvre des premières actions du Plan « Victoria » nous inquiète tout particulièrement.

Ces réformes profondes devraient être normalement menées en impliquant les principaux partenaires concernés. Au contraire, elles ont été mises sur pied avec peu ou pas de dialogue, sans transparence et en confondant trop souvent empressement et efficacité.

A titre d'exemple, la clinique du Petit-Beaulieu (alcoologie) a été fermée brutalement (voir pétition 1624 « Pour le maintien du Petit Beaulieu en l'état actuel » et motion 1770 « Pour un moratoire du transfert des activités du Petit Beaulieu à Belle-Idée ») – sans même un vote du conseil d'administration des HUG – contraignant les patient-e-s à se rendre en psychiatrie ou à interrompre leur thérapie. Tout ceci pour réaliser 140 000 F d'« économies » par an de loyer versé à l'Etat de Genève (???), subventionneur des HUG.

Dans le même esprit, l'unité de rééducation paraplégique pour les personnes victimes d'un accident a été fermée, avec trop peu ou pas d'information aux patient-e-s et à leur famille, envoyant ces patient-e-s, souvent jeunes et traumatisé-e-s, loin de leurs proches, dans des centres à Lucerne ou dans le Valais. Pourtant, cette décision améliore, selon les professionnels, la qualité des soins et de la rééducation, grâce à la

spécialisation de ces lieux et, par conséquent à la concentration des moyens et des savoir-faire. On ne peut que s'étonner de voir les HUG communiquer aussi mal ces avantages.

C'est en lisant les médias, que les employé-e-s du service de fécondation in vitro ont appris sa fermeture et le transfert de cette activité à Lausanne.

La fermeture de deux unités à l'Hôpital de Lœx s'est faite dans la précipitation avec une information défailante au personnel et à la population.

Les attermolements lors de la fermeture d'une unité de soins palliatifs puis de sa réouverture au CESCO, avec à nouveau un discrédit total d'information et ceci avec pour résultat le va-et-vient de patients très atteints dans leur santé.

Quand on connaît les effets dévastateurs d'une médecine à deux, voire trois vitesses, on ne peut pas prendre connaissance de tels agissements sans réagir.

La minorité de la commission composée des Socialistes et des Verts a déposé une motion au Grand Conseil qui invite le gouvernement, et par ce biais les HUG, à s'engager sur quatre fronts concernant cette opération Victoria :

1. la communication dans la transparence ;
2. l'implication des parties prenantes – particulièrement les membres du Conseil d'administration, les patient-e-s et le personnel – dans l'élaboration de mesures d'amélioration et d'optimisation ;
3. l'évaluation des réformes prévues, puis mises en œuvre, pour éviter toute dégradation des prestations ;
4. l'optimisation, en priorité, du fonctionnement (allègement et amélioration des procédures et des processus) permettant de réaliser souvent d'importantes économies, de motiver le personnel en lui offrant davantage d'autonomie et de responsabilité, et de satisfaire mieux les usagers, plutôt que de couper les prestations et de dégrader les conditions de travail.

Une réforme comme Victoria qui modifie de façon structurelle et profonde les HUG se doit d'avoir une prospective à moyen terme et pas seulement sur trois ans, ce qui est un souci aussi du personnel.

Le Grand Conseil vote régulièrement des investissements importants en faveur des HUG et il doit absolument y avoir une planification fiable. A titre d'exemple, le parlement a voté le rachat des Bains de Cressy sur la base d'explications selon lesquelles, entre autre, il y aurait des rééducations en provenance de l'hôpital de Lœx. Le projet était de transférer des services

comme celui des paraplégiques à Loëx, or ce service a été fermé par l'opération Victoria et les unités se ferment les unes après les autres à l'Hôpital de Loëx.

Concernant une des revendications des pétitionnaires, qui est la suppression de la facturation par pathologie, je me permettrai de reproduire le passage d'un article de Joël Varone publié le 20 janvier 2006 dans le journal du Syndicat des services publics :

« Introduction de la facturation par pathologie »

Le 1er janvier 2006, les HUG sont ainsi passés à la facturation par pathologie. Ce passage se fera graduellement. Ainsi, cette année, seules les hospitalisations de soins somatiques aigus relevant des assurances fédérales sont concernées. Pour les cas facturés aux caisses maladies, le passage se fera le 1er janvier 2007. Après Vaud (2002), Schwytz, Zoug (2004), Valais, Tessin, Uri, Obwald et Nidwald (2005), le canton de Genève s'y met aussi, accompagné du Jura et de Neuchâtel.

C'est une véritable révolution qui est ainsi en train de s'opérer. Le passage des forfaits journaliers à la facturation par pathologie n'est en effet pas anodin. Il s'inscrit dans la logique voulue par la deuxième révision de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) de mettre en concurrence les hôpitaux les uns avec les autres. Pour ce faire, le passage à la facturation par pathologie est indispensable. En établissant un coût moyen par pathologie, les autorités poussent les hôpitaux à ne pas dépasser ce dernier, sans quoi les frais supplémentaires ne seront pas remboursés. Le passage à la facturation par pathologie, c'est le passage de l'hôpital public à l'hôpital d'entreprise devant gérer son capital en fonction de prix du marché! De même, ce passage individualise au maximum les coûts hospitaliers, stigmatisant les patients gravement malades. Dans une pure logique libérale, chacun doit assumer les coûts qu'il engendre!

Les dérives de la facturation par pathologie

Pire, ce système accumule de graves dysfonctionnements au détriment du patient. Les traitements peu appropriés ont ainsi tendance à se multiplier afin de respecter les contraintes budgétaires.

En France, un récent rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAF) critique sévèrement les dérives du système de facturation à l'activité. Ce rapport a été maintenu secret pendant des mois par le Ministre de la santé, Xavier Bertrand. Et pour cause: l'IGF et l'IGAF pointent les effets pervers « inflationniste » du système. Le rapport remarque ainsi que ce mode de facturation favorise l'augmentation artificielle des durées d'hospitalisation pour les pathologies

rémunérées à la journée, encourage à tirer le diagnostic vers l'affectation la plus lucrative. Il pointe sur le danger d'une « dégradation de la qualité et de l'accès aux soins » ou d'une « spécialisation uniquement sur les segments d'activité les plus rentables ».

Comme le relevait L'Humanité du 15 décembre 2005 relayant les conclusions du rapport: « En clair, le T2A [tarification à l'activité] pousse à faire du chiffre. »

Gaspillage technocratique

La tarification par pathologie s'inscrit dans l'introduction généralisée en Europe de mécanismes concurrentiels au sein des systèmes de santé. L'introduction de la concurrence et de la facturation par pathologie est en effet un des axes principaux des réformes intervenues ces dernières années dans le secteur de la santé. En France, ce type de facturation couvre actuellement 25% environ de l'activité hospitalière. Le gouvernement souhaite rapidement passer à 35%, malgré le rapport mentionné plus haut. Aux Pays-Bas, ce type de facturation est également en passe d'être introduit tandis qu'en Allemagne, la réforme Seehofer de 1996 l'avait déjà introduite.

En Suisse, ce ne sont pas moins de 90 hôpitaux qui appliquent cette tarification. Tout récemment, les « différents partenaires de la santé » (H+, santésuisse, FMH et responsables cantonaux) ont décidé d'étendre la facturation par pathologie à l'ensemble de l'activité hospitalière d'ici à 2008. L'introduction de ce système coûtera la bagatelle de 6 à 8 milliards de francs selon les estimations parues dans Le Temps du 20 décembre! Les patients et le personnel hospitalier, qui feront les frais de cette réforme, devront également, selon toute vraisemblance, assumer ces frais!

Comble du gaspillage technocratique propre aux réformes néolibérales des services publics, les établissements appliquant déjà la tarification à l'activité devront revoir leur système de A à Z. En cause: le choix des "partenaires de la santé" qui ont opté pour le modèle allemand de facturation par pathologie, modèle qui n'était pas appliqué jusqu'à présent en Suisse. L'autre modèle, déjà utilisé et moins coûteux selon divers avis, a été repoussé pour d'obscures raisons...

Mais qu'importe: pour M. Gruson, que le système soit « bon ou mauvais, le choix est fait et l'important est qu'on peut aller de l'avant »... »

Pour la minorité, ces différents choix d'économie et de mise en concurrence de nos structures hospitalières, qui répondent aux souhaits aussi bien de l'association faîtière des assurances: Santé Suisse, que de l'organisation faîtière des Hôpitaux: H+ et dont sont membre les HUG

amènent inévitablement à une médecine à deux vitesses, où il vaut mieux être en bonne santé ou riche...

Le 1^{er} juin le peuple aura l'occasion de se prononcer sur un contre projet constitutionnel fédéral qui, s'il est accepté, transférera le plein pouvoir aux assureurs de ce pays en renforçant la concurrence dans le domaine de la santé.

H+ dont les HUG sont membres, préconise d'accepter cet article constitutionnel et ceci démontre de quel côté tend aujourd'hui la gestion des HUG.

Du côté de la population, la satisfaction par rapport aux HUG est en chute libre. Les temps d'attente en chirurgie orthopédique, qui ont fait l'objet d'une émission « A bon entendeur » à la Télévision Suisse Romande, sont trop préoccupants pour continuer à réaliser des économies dans ce contexte.

Il faut que le Conseil d'Etat arrête immédiatement la diminution des effectifs des HUG, à l'instar de ceux de la police ou du corps enseignant.

Pour toutes ces raisons, la minorité de la Commission de la santé vous recommande, Mesdames et Messieurs les Députés, de déposer cette pétition au Conseil d'Etat, afin de sauvegarder des prestations hospitalière de bon niveau pour toute la population.