

Date de dépôt : 6 septembre 2011

Rapport

de la Commission des finances chargée d'étudier le projet de loi de MM. Olivier Jornot, Pierre Weiss et Edouard Cuendet modifiant la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) (K 2 05) (Pour un hôpital efficace au service de la population)

Rapport de M. Pierre Weiss

Mesdames et
Messieurs les députés,

Traité en 3 séances de la Commission des finances du Grand Conseil, le 12 janvier, le 16 février et le 16 mars 2011, après avoir fait l'objet d'un préavis positif de la Commission de la santé à l'issue de débats approfondis relatés avec précision par Mme Esther Hartmann, **le projet de loi 10001 modifiant la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) a été adopté à l'unanimité grâce à un amendement général** proposé par le Conseil d'Etat qui a permis sa mise à jour et levé les doutes voire les oppositions de certains commissaires quant à certaines de ses ambitions.

Siégeant sous la présidence de M. Eric Bertinat, MM. Fabien Mangilli puis Nicolas Huber assistant scientifiquement la commission, celle-ci a bénéficié des apports de MM. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat chef du département de l'économie et de la santé, Dominique Ritter, directeur financier du DES et Adrien Bron, secrétaire adjoint du DES. Que tous soient remerciés de leurs contributions !

1. De l'exposé des motifs

En substance, le PL 10001, déposé en 2007, poursuivait originellement 4 objectifs : la conclusion d'un contrat de prestations entre les HUG et l'Etat (art. 2), l'autonomie relative aux investissements (art. 2 & 5) comme au statut du personnel (art. 5) et l'intégration dans les HUG des cliniques de Joli-Mont

et de Montana (art. 35A). Bref, il s'agissait d'offrir une réelle autonomie aux HUG, portant tant sur les objectifs, les investissements que sur la gestion du personnel, et de simplifier les structures juridiques du secteur de la santé publique afin d'aboutir à une meilleure gestion globale de ces établissements

2. Du préavis de la commission de la santé

Pour le détail des débats en Commission de la santé, on renverra à l'excellent préavis rédigé par Mme Esther Hartmann¹. On retiendra toutefois des auditions auxquelles a procédé la Commission de la santé que :

- les responsables des HUG considèrent le PL 10001 obsolète en ce qui concerne le contrat de prestations, même si les investissements n'y figurent pas encore ; en revanche l'autonomie en matière de gestion du personnel est hautement désirable et la fusion des conseils d'administration relève d'une option avant tout politique. Sur le fond, toutefois, ce PL ne paraît pas en mesure d'améliorer le niveau d'économies atteint avec Victoria ;
- les responsables des cliniques de Joli-Mont et de Montana sont fort satisfaits de la collaboration actuelle avec les HUG et de leur statut autonome qui permet, allié à leur petite taille, une meilleure gestion ;
- le professeur de l'IDHEAP analyse le PL sous l'angle de la gouvernance et de la conduite des organisations pour conclure que le renforcement du contrôle politique supposerait une fusion, alors que la responsabilité managériale supposerait un développement de l'autonomie, soit deux dimensions importantes du PL 10011 ;
- les délégués syndicaux s'opposent à une autonomie touchant la gestion du personnel, prélude à la privatisation des HUG, tout en étant neutres sur la question de la fusion et en constatant l'existence d'un contrat de prestations.

Appelés à prendre position sur le PL 10001, les commissaires de la santé se divisent en trois groupes : les Libéraux et les Radicaux en sa faveur, les Socialistes et les Verts opposés, le MCG s'abstenant. Quant au PDC, il se subdivise de façon nuancée en y étant favorable, pour l'un de ses commissaires, et pas opposé, pour un autre qui s'est donc abstenu. Le commissaire UDC était absent lors des votes.

¹ Cf. PL 10001, Préavis, ann. 1.

Cette position générale ne se retrouve pas pour chacun des quatre points décomposant le PL. Le contrat de prestations est considéré comme un point désormais caduque et ne fait pas l'objet de vote ; le principe de la fusion est refusé par une majorité composée de l'Alternative et du MCG ; le principe d'autonomie de gestion des investissements est en revanche adopté par une large majorité (Entente et MCG) ; le principe d'autonomie de gestion du personnel est enfin refusé par une forte majorité (alternative, MCG et 1 PDC).

3. De l'examen du PL 10001 par la Commission des finances

En Commission des finances, la présentation du PL 10001 a d'emblée permis au chef du DES de préciser les options : soit voter le PL 10001 tel quel, en étant conscient de l'obsolescence de certaines de ses propositions, tel le contrat de prestations, désormais réglé par la LIAF, ou des aspects controversés d'autres éléments, telle l'autonomie de gestion du personnel, à régler dans un cadre plus global, ou la fusion des HUG avec les 2 cliniques, soit l'amender en n'en gardant que l'autonomie en matière d'investissements, une proposition permettant d'accorder plus de réactivité aux HUG lors d'achats d'appareils médicaux.

4. De l'audition en Commission des finances des responsables des cliniques de Joli-Mont et de Montana

Auditionnée par la Commission des finances, la présidente du conseil d'administration des cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana, accompagnée des directeurs desdites cliniques, insiste sur les aspects financiers de la fusion envisagée par le PL 10001, après avoir traité des aspects liés à la gestion en Commission de la santé². Résultats records, taux d'occupation de près de 100%, comptes équilibrés, coûts plus bas qu'aux HUG mais aussi complémentarité et collaboration avec les HUG, structures légères, directions polyvalentes, prise de décision rapide, personnel motivé sont autant d'éléments plaidant en faveur du maintien de l'indépendance de ces cliniques. Des chiffres sont donnés à l'appui de cet argumentaire, dont le forfait hospitalier fixé à 224 F en 2010, à 233 F en 2011 et un coût de réadaptation inférieur de 20%, pour le plus grand bonheur des assurances, ainsi qu'un taux de personnel de 1,3 par lit contre 1,7 dans les établissements analogues. A quoi il faut ajouter les aspects qualitatifs appréciés par les patients et les membres de leurs familles et que les problèmes de libre choix

² Cf. *Clinique de Joli-Mont, Audition, ann. 2.*

des malades, qui s'étaient posés dans le passé, sont désormais résolus. Un autre élément plaidant en faveur de la structure actuelle est le rapport de 45% de couverture des coûts atteint par les assurances grâce à des négociations serrées.

Le rapporteur émet l'avis que la convention d'objectifs a permis d'améliorer des situations qui avaient pu antérieurement justifier la nécessité de modifications législatives. Il pose toutefois la question du niveau des salaires des collaborateurs en Valais, compte tenu d'un coût de la vie inférieur et apprend qu'il se distingue de celui des autres cliniques cantonales en Valais ou de celui de la fonction publique valaisanne, un différentiel qui pèse sur les coûts de personnel de la clinique de Montana.

En réponse à un commissaire (MCG), il est précisé que le personnel est engagé directement par les directions des cliniques. Un autre (L) est impressionné par la qualité de la gestion des cliniques, ce qui démontre l'existence et la nécessité d'une volonté tendue vers des objectifs. Des compliments sont aussi émis par un commissaire socialiste.

5. D'un amendement général

A l'issue de cette séance, compte tenu des éléments portés à la connaissance des députés, les auteurs du PL 10001 se sont déclarés favorables à un amendement général visant à ne garder du PL 10001 que la partie concernant l'autonomie des investissements.

Le DES ayant remis aux commissaires une proposition de texte à leur demande en date du 9 février 2011, une discussion s'engage après un rappel des objectifs initiaux du PL 10001 par le chef du DES. Il explique notamment que l'avantage de cet amendement général est d'introduire les investissements dans les contrats de prestations des établissements publics médicaux, et ce pour la période 2012-2015.

6. Des votes de la Commission des finances

6.1 Vote en premier débat

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 10001.

L'entrée en matière du PL 10001 est acceptée à l'unanimité par :

12 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 L, 1 UDC, 1 MCG)

6.2 Vote en deuxième débat

Article 1^{er} souligné « Modifications » (à la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM), du 19 septembre 1980)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer le nouveau titre de la loi « Loi sur les Hôpitaux universitaires de Genève (LHUG) », comme cela est proposé dans le PL 10001 (ce qui revient à laisser inchangé le titre actuel de la LEPM).

L'amendement visant à biffer le titre de la loi sur les établissements publics médicaux tel que proposé par le PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 1^{er} « But et mission » (nouvelle teneur avec modification de la note) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 1^{er} « Désignation » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 1 (nouvelle teneur avec modification de la note) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 2 « Contrat de prestations » (nouvelle teneur avec modification de la note) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 2 « But » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 2 du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à introduire un article 2A « Contrats de prestations » dont la teneur est la suivante :

« Art. 2A Contrats de prestations (les art. 2 et 5, al. 6 du PL 10001 devenant l'art. 2A nouveau) »

¹ Chaque établissement conclut avec l'Etat un contrat de prestations d'une durée de quatre ans.

² Ce contrat confère à l'établissement une autonomie de gestion accrue et assure des prestations de qualité au meilleur prix. Il contient notamment les prestations fournies par l'établissement, le plan financier pluriannuel et le montant des indemnités annuelles de fonctionnement et d'investissement de l'Etat.

³ L'indemnité annuelle d'investissement comprend le renouvellement et les nouveaux objets en matière d'équipements, d'équipements médicaux, d'équipements informatiques et d'entretien des bâtiments, à l'exclusion des nouvelles constructions immobilières qui font l'objet de projets de lois spécifiques.

⁴ Un projet de loi de financement pluriannuel, auquel est annexé le contrat de prestations entre l'Etat et l'établissement, y compris le montant des contributions financières de l'Etat qui sont fixées par tranche annuelle pour la durée totale du contrat, est soumis au Grand Conseil. L'adoption de la loi par le Grand Conseil porte ratification du contrat de prestations.

⁵ Le Conseil d'Etat peut décider de ne présenter qu'un seul projet de loi de financement pluriannuel pour les deux établissements »

L'amendement visant à ajouter un article 2A « Contrats de prestations » à la loi sur les établissements publics médicaux est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 3 « Fonctionnement de l'établissement » (nouvelle note et nouvelle teneur de l'al. 1 et de la phr. 1 de l'al. 4) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 3 « Fonctionnement des établissements » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 3, al. 1 (nouvelle note et nouvelle teneur de l'al. 1 et de la phr.1 de l'al. 4) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 4, al. 1 et 2 (nouvelle teneur) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 4 « Collaboration avec les médecins autorisés à pratiquer à titre privé » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 4, al. 1 et 2 (nouvelle teneur) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 5 al. 1, 2, 3, 4 et 5 (nouvelle teneur) et al. 6 (nouveau) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 5 « Statut juridique » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 5, al. 1, 2, 3, 4 et 5 (nouvelle teneur) et al. 6 (nouveau) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2S, 3V, 2PDC, 2R, 3L, 1UDC, 1MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 6 « Conseil d'administration » (nouvelle note et nouvelle teneur des al. 1 et 2) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 6 « Conseils d'administration » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 6 (nouvelle note et nouvelle teneur des al. 1 et 2) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 8 « Direction » (nouvelle teneur avec modification de la note) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 8 « Directions » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 8 (nouvelle teneur avec modification de la note) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 9 al. 1 et 8 (nouvelle teneur) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 9 « Secret de fonction » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 9, al. 1 et 8 (nouvelle teneur) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 10 (nouvelle teneur sans modification de la note) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 10 « Service public » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 10 (nouvelle teneur sans modification de la note) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 10A (nouvelle teneur sans modification de la note) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 10A « Professions de la santé » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 10A (nouvelle teneur sans modification de la note) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 11 al. 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 11 « Limite d'âge » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 11, al. 1 (nouvelle teneur) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 11A al. 1 et 2 (nouvelle teneur) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 11A « Pratique privée » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 11A, al. 1 et 2 (nouvelle teneur) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 11B al. 1 et 2 (nouvelle teneur) proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé l'article 11B « Répartition des honoraires » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'art. 11B, al. 1 et 2 (nouvelle teneur) du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer le nouveau titre du Chapitre IV « Patrimoine et ressources de l'établissement », proposé par le PL (ce qui revient à laisser inchangé le titre actuel).

L'amendement visant à biffer le titre IV de la loi sur les établissements publics médicaux tel que proposé par le PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 12 al. 1 phrase 1 et al. 2 phrase 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL

(ce qui revient à maintenir l'alinéa 1^{er} phrase 1 et l'alinéa 2 phrase 1 de l'article 12 « Patrimoine » de la LEPM).

L'amendement visant à biffer l'article 12, al. 1, phr. 1 et, al. 2, phr. 1 du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à modifier l'article 12 al. 2 lettre d dont la teneur est la suivante :

« d) d'une indemnité de fonctionnement et d'une indemnité d'investissement déterminées par les contrats de prestations et octroyées par le Grand Conseil dans le cadre du vote du budget annuel »

L'amendement au PL 10001 visant à modifier l'art. 12, al. 2, lettre d de la loi sur les établissements publics médicaux est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 13 (nouvelle teneur sans modification de la note) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 13 « Modalités » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 13 (nouvelle teneur sans modification de la note) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2S, 3V, 2PDC, 2R, 3L, 1UDC, 1MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 14 al. 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 14 « Activités » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 14, al. 1 (nouvelle teneur) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 15 al. 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 15 « Catégorie de malades » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 15, al. 1 (nouvelle teneur) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 16 al. 1 phr. 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 16 « Certificat d'admission » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 16, al. 1 phr. 1 (nouvelle teneur) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 21A bis al. 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 21A bis « Médecins chefs de service » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 21A bis, al. 1 (nouvelle teneur) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 33 (nouvelle teneur sans modification de la note) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 33 « But » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 33 (nouvelle teneur sans modification de la note) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'abrogation de l'article 34 proposée par le PL et à ainsi maintenir l'article 34 « Administration » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 34 (abrogé) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'abrogation de l'article 35 proposée par le PL et à ainsi maintenir l'article 35 « Direction » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 35 de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 35A « Gestion des biens des cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana » (nouvelle teneur avec modification de la note) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 35A « Gestion des biens de la fondation dissoute du sanatorium genevois de Montana » de la LEPM.

L'amendement visant à biffer l'article 35A (nouvelle teneur avec modification de la note) de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'article 1^{er} souligné « Modifications ».

L'article 1^{er} souligné est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Article 2 souligné « Modifications à une autre loi » (soit à la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux (LPAC), du 4 décembre 1997)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer le nouveau titre de la LPAC, comme cela est proposé dans le PL 10001, ce qui revient à laisser inchangé le titre actuel de la LPAC.

L'amendement visant à biffer le titre de la loi sur les établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'abrogation de l'article 1^{er} al. 2 proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 1^{er} « Champ d'application » de la LPAC.

L'amendement visant à biffer l'article 1^{er}, al. 2 (abrogé) de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'abrogation de l'article 2 al. 3 proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 2 « But – Autorité compétente » de la LPAC.

L'amendement visant à biffer l'article 2, al. 3 (abrogé) de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 2A phr. 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 2A « Principes généraux » de la LPAC.

L'amendement visant à biffer l'article 2A, phr. 1 (nouvelle teneur) de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 3 al. 1 (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 3 « Fonctions permanentes et non permanentes – Rapports de service » de la LPAC.

L'amendement visant à biffer l'article 3, al.1 (nouvelle teneur) de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 6 al. 2 (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 6 « Employé » de la LPAC.

L'amendement visant à biffer l'article 6, al. 2 (nouvelle teneur) de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 9A al. 5 lettre b (nouvelle teneur) proposé par le PL et à ainsi maintenir l'article 9A « Secret de fonction » de la LPAC.

L'amendement visant à biffer l'article 9A, al. 5, lettre b (nouvelle teneur) de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux du PL 10001 est accepté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Le président met aux voix l'article 2 souligné « Modifications à une autre loi ».

La suppression de l'article 2 souligné est acceptée, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Article 3 souligné « Mesures transitoires »

Le président met aux voix l'amendement du CE consistant à biffer l'article 3 souligné « Mesures transitoires » proposé par le PL.

La suppression de l'article 3 souligné est acceptée, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

Article 4 souligné « Entrée en vigueur »

Le président met aux voix l'amendement du CE à l'article 4 souligné, devenu article 2 souligné et dont la teneur est la suivante :

« La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012 »

L'article 2 souligné, tel qu'amendé, est accepté à l'unanimité par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

6.3 Vote en troisième débat

Le PL 10001 dans son ensemble est adopté, à l'unanimité, par :

14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

7. Conclusion

Compte tenu des explications données, l'adoption de l'amendement général au PL 10001 s'imposait. Il a recueilli les faveurs de la commission unanime. Cette position devrait aussi convaincre le Grand Conseil d'adopter le PL 10001 ainsi amendé.

Projet de loi (10001)

modifiant la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) (K 2 05) *(Pour un hôpital efficace au service de la population)*

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Art. 1 Modifications

La loi sur les établissements publics médicaux (LEPM), du 19 septembre 1980, est modifiée comme suit :

Art. 2A Contrats de prestations (nouveau)

¹ Chaque établissement conclut avec l'Etat un contrat de prestations d'une durée de quatre ans.

² Ce contrat confère à l'établissement une autonomie de gestion accrue et assure des prestations de qualité au meilleur prix. Il contient notamment les prestations fournies par l'établissement, le plan financier pluriannuel et le montant des indemnités annuelles de fonctionnement et d'investissement de l'Etat.

³ L'indemnité annuelle d'investissement comprend le renouvellement et les nouveaux objets en matière d'équipements, d'équipements médicaux, d'équipements informatiques et d'entretien des bâtiments, à l'exclusion des nouvelles constructions immobilières qui font l'objet de projets de lois spécifiques.

⁴ Un projet de loi de financement pluriannuel, auquel est annexé le contrat de prestations entre l'Etat et l'établissement, y compris le montant des contributions financières de l'Etat qui sont fixées par tranche annuelle pour la durée totale du contrat, est soumis au Grand Conseil. L'adoption de la loi par le Grand Conseil porte ratification du contrat de prestations.

⁵ Le Conseil d'Etat peut décider de ne présenter qu'un seul projet de loi de financement pluriannuel pour les deux établissements.

Art. 12, al. 2, lettre d (nouvelle teneur)

- d) d'une indemnité de fonctionnement et d'une indemnité d'investissement déterminées par les contrats de prestations et octroyées par le Grand Conseil dans le cadre du vote du budget annuel.

Art. 2 Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Secrétariat du Grand Conseil**PL 10001
Préavis**

Date de dépôt : 2 décembre 2010

Préavis

de la Commission de la santé à la Commission des finances sur le projet de loi de MM. Olivier Jornot, Pierre Weiss et Edouard Cuendet modifiant la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) (K 2 05) (Pour un hôpital efficace au service de la population)

Rapport de Mme Esther Hartmann

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé s'est réunie pour examiner le présent projet de loi entre le 16 avril 2010 et le 21 mai 2010, sous la présidence de M. Michel Forni. Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M Guy Chevalley ; merci pour son excellent travail.

1. Présentation du projet de loi par M. Olivier Jornot

Le présent projet de loi a été déposé en 2007 et portait sur quatre objets, dont l'un, qui visait à améliorer le fonctionnement institutionnel des hôpitaux, n'est plus d'actualité. Ces quatre points sont les suivants :

1. *le contrat de prestations, qui est caduc* puisque, fin 2008, un contrat de prestations a été signé.
2. *l'autonomie des investissements* – En 2007, M. Jornot constatait que les investissements faisaient l'objet d'un traitement interne pour déterminer les besoins et les priorités de l'hôpital, et externe pour obtenir le soutien des autorités exécutives et législatives.

Ce projet de loi propose, sur le modèle des enveloppes de fonctionnement du contrat de prestation , des enveloppes d'investissements afin de garantir certains montants sur la durée, le cas échéant en assortissant ces sommes de maxima. Il précise qu'il ne s'agit pas d'augmenter les montants octroyés à l'hôpital.

3. *le statut du personnel* – Les hôpitaux étaient le seul établissement public à ne disposer d’aucune autonomie pour l’engagement de son personnel. Cette situation n’a pas changé malgré l’autonomie administrative dont jouit l’hôpital. La loi sur le personnel de l’administration s’applique ; les autres grandes régies publiques (SIG, aéroport, etc.) ont des statuts du personnel qui leur sont propres. M. Jornot se dit convaincu qu’on peut limiter; grâce au contrat de prestations, le risque de dérapages salariaux tout en laissant une large autonomie à l’établissement. En outre, le projet de loi du Conseil d’Etat sur la gouvernance, dont l’avant-projet a été mis en consultation il y a fort longtemps, même s’il laisse penser que les établissements auront le choix entre des statuts propres et ceux de la LPAC, paraît mal adapté à l’auditionné puisque la LPAC garrote de trop près l’hôpital pour qu’il échappe à cette dernière.
4. le doublon du conseil d’administration des HUG et celui de Joli-Mont / Montana – qui ne se justifierait pas et nuirait à l’efficacité des structures.

M. Unger rappelle que, en matière d’investissements, la situation a changé depuis le dépôt du projet de loi puisque, désormais, les député-e-s votent, pour le renouvellement, des crédits programmes sur quatre ans et, pour l’investissement, des lois spéciales préparées par le Conseil d’Etat. Il demande donc si ce sont ces dernières acquisitions ou l’ensemble des dépenses qui sont concernées par le projet de loi.

M. Jornot répond que le caractère désormais pluriannuel du renouvellement a corrigé partiellement le problème, mais qu’il en a créé un autre : la distinction entre renouvellement et acquisition n’est pas évidente pour la technique médicale. Tout ce qui est équipement médical doit être intégré au renouvellement. Des constructions, en revanche, ne sont pas des dépenses courantes, mais l’auditionné estime que les travaux modestes et nécessaires devraient pouvoir être financés par un crédit pluriannuel.

Une députée (Ve) rappelle que le projet de loi a été suspendu en attendant que le statut du personnel trouve une solution. Sur l’autonomie des investissements, elle estime que la limite fixée par la loi actuelle et le passage du projet, en cas de dépassement, devant le Grand Conseil est un processus certes lourd, mais nécessaire pour assurer une surveillance efficace. Elle soulève également le problème de la rétribution du personnel en relevant que M. Jornot n’a évoqué que la situation salariale des médecins. Pour les autres employé-e-s, la situation ne lui paraît pas complexe au point de nécessiter une révision. La commissaire ajoute que le parti libéral a déposé un projet de loi demandant que certaines personnes puissent travailler jusqu’à septante

ans, les membres de l'Université notamment, incluant donc les médecins, ce qui lui paraît être en incohérence avec le projet de loi qui fixe une limite de soixante-cinq ans (art.11, al.1). Enfin, la commissaire estime que la distance géographique de Montana et le travail que cette clinique effectue, qui diffère de celui des HUG, justifient une structure séparée.

M. Jornot répond, sur le contrôle parlementaire des investissements, relève l'inégalité qui prévaut entre l'hôpital et les autres régies publiques, et donc la nécessité de toutes les soumettre au même régime. Sur le personnel, il rappelle que le personnel technique et administratif des autres régies publiques autonomes n'est pas soumis à des conditions scandaleuses. La pénurie de personnel médical assurera des conditions décentes. En outre, il déplore les conditions légales parfois floues dans lesquelles ces gens travaillent actuellement, du fait qu'on cherche à s'accommoder de statuts du personnel inadaptés. Enfin, sur l'article concernant l'âge de la retraite,

M. Jornot indique que ce projet de loi a inclut les cliniques de Joli-Mont et Montana.

M. Unger, sur la LPAC, rappelle que la loi sur l'université a ouvert des possibilités de fourchettes pour la rétribution du personnel et demande si le fait que les médecins appartiennent aux deux corps paraît à l'auditionné de nature à régler le problème. Secondement, il s'enquiert de son avis quant au risque que les assureurs dictent leurs règles en matière de rémunération.

M. Jornot répond que l'autonomie qu'il souhaite vise à engager le meilleur personnel. Sur le second point, il indique que le risque lui paraît déjà exister et qu'il n'est pas directement en lien avec ce projet de loi.

Une députée (Ve) demande si l'article 10 du projet de loi exige que chaque professionnel-le de l'hôpital travaille uniquement à l'hôpital.

M. Jornot répond que cet article n'est pas une création de ce projet de loi ; il figure déjà dans la loi.

Une commissaire (S) souligne que l'hôpital est intégré dans un réseau de santé au sein duquel la mobilité du personnel a été encouragée par la politique cantonale. Une convention collective de travail lui paraît manquer, convention qui devrait se référer aux règles salariales en vigueur à l'Etat afin d'éviter des disparités entre domaines pour un même type de personnel. L'autonomie lui paraît compréhensible, mais appeler à une contrepartie. Deuxièmement, elle relève que le projet de loi donne la possibilité aux HUG d'appliquer ou non le blocage des mécanismes salariaux, mais ce point lui paraît devoir être pensé également dans le sens inverse. Troisièmement, sur la structure des organisations, elle s'interroge sur la pertinence de créer un mammoth hospitalier en termes de personnel. Enfin, une perspective de

gestion quadriennale paraît une bonne chose à la commissaire, mais elle la trouve peu claire.

M. Jornot, sur ce dernier point, renvoie à l'article 12, alinéa 2, lettre d, qui inclut la notion de subvention à l'investissement. Sur le premier point, la convention collective de travail lui paraît outrepasser l'existence de statuts légaux qui prévaut actuellement et affaiblir la participation de l'Etat à la garantie de bonnes conditions de travail. Le statut du personnel édicté par une régie publique autonome ne renvoie pas au droit privé. Sur le deuxième point, M. Jornot estime que la question des mécanismes salariaux doit se régler dans les contrats de prestations.

Un commissaire (MCG) demande quels sont les avantages et inconvénients, notamment financiers, qui sont induits par un doublon de structures entre HUG et les structures de Joli-Mont/Montana.

M. Unger répond que les cliniques n'apprécient pas de ne plus avoir de conseil d'administration et que les hôpitaux apprécient d'absorber les cliniques. Il préfère poser la question en termes de lits. On compterait ainsi un millier de lits environ en soins aigus, et autant pour les longs et moyens séjours.

Deux conseils permettent ainsi d'équilibrer les poids. La question a déjà beaucoup été réfléchi, mais, dans la mesure où le Conseil d'Etat s'est concentré sur le projet de loi portant sur la gouvernance et les modifications spéciales y relatives, la question du doublon a été occultée. M. Unger, sur les points soulevés par M. Jornot, estime que l'autonomie d'investissements donne la possibilité à l'hôpital de se montrer réactif aux nouveautés, en l'assortissant de garde-fous dans le contrat de prestations.

2. Audition de MM. Michel Balestra, président du conseil d'administration, Bernard Gruson, directeur général, et Mario Vieli, directeur des affaires économiques et financières des HUG

M. Balestra déclare ne voir de stratégique dans ce projet de loi que le contrat de prestations. Or, celui-ci a déjà été pour ainsi dire réalisé, même si les investissements n'y figurent pas. Si le plan stratégique quadriennal, assorti d'un contrat de prestations, définit les prestations et les moyens, l'auditionné juge logique d'y inclure les investissements nécessaires au fonctionnement de l'hôpital. Par ailleurs, le cas de Joli-Mont et Montana lui paraît nécessiter une décision avant tout politique. Pour ce qui est du statut du personnel, il attire l'attention de la commission sur la nécessité de négociations équilibrées puisque sur 1,560 milliard de dépenses, les salaires représentent 1,320

milliard. L'autonomie en elle-même, objectif du projet de loi, lui paraît désirable.

Le président de la commission demande s'il existe des projections qui affirment la pérennité du rapport comparatif entre Lausanne et Genève ou si une asymétrie est prévue.

M. Gruson, en termes de coûts d'infrastructure, répond que Genève est aux 40 heures et Lausanne un peu au-dessus. En outre, l'échelle de traitement est meilleure à Genève qu'à Lausanne et les jours travaillés y sont moins nombreux. Cela explique des coûts bruts plus élevés. Les comparaisons sont difficiles à cet égard. Sur l'idée de projection, il indique qu'on peut effectuer une simulation de l'évolution des coûts, toutes choses égales par ailleurs (les missions d'intérêt général de l'hôpital entre autres).

Un député (MCG) revient sur le personnel formé à l'étranger évoqué par M. Gruson. Il admet que cela peut s'avérer indispensable, mais s'inquiète de l'impact sur le logement et, *a contrario*, des conséquences des pénuries de logement sur l'engagement de scientifiques par exemple. Il demande si l'hôpital bénéficie de logements universitaires.

M. Gruson répond que le conseil d'administration a autorisé le dépôt d'une demande de destruction d'un immeuble situé rue Jean-Violette. En outre, un programme de construction de studios a été lancé avec la Mobilière. La création d'une crèche a été décidée avec M. le conseiller administratif Rémy Pagani. Enfin, il ajoute que l'hôpital a accès aux logements universitaires et que certaines communes sont prêtes à construire des logements étudiants.

Un commissaire (PDC) demande en quoi le projet de loi rendrait l'hôpital plus efficace, comme son intitulé le revendique, notamment dans le développement d'importation d'une patientèle spécifique ou dans la formulation d'une solution vis-à-vis de la pénurie du personnel.

M. Gruson distingue deux points. Le premier est le contrat de prestations, point désormais réglé. Les investissements doivent y être intégrés. Il en existe de deux types : d'une part, les bâtiments et constructions, qui nécessiteraient une accélération ; d'autre part, l'investissement informatique, l'équipement biomédical par exemple. Il lui paraît logique de définir une enveloppe pour ce dernier type d'investissement, et ce de manière globale afin d'éviter des débats qui nuisent à la réactivité, la lenteur du processus de décision pesant sur les coûts de la santé.

Une députée (S), sur la suppression du conseil d'administration de Joli-Mont et Montana, demande le sentiment de M. Balestra en termes d'organisation.

M. Balestra répète que la décision lui paraît être de nature politique, et précise que, au niveau stratégique, il pourrait être intéressant d'avoir une structure universitaire avec les soins aigus et, en parallèle, une vision du stationnaire. Le volume de lits n'est pas assez significatif pour assurer un gain. Selon l'auditionné, une décision de ce type répond au schéma suivant : constat de la situation actuelle, dysfonctionnements éventuels, possibilité de les résoudre grâce à la fusion évoquée par le projet de loi.

M. Unger ajoute que les deux types de financement hospitalier, les APRG et les hôpitaux de moyens et longs séjours au forfait, pourraient nécessiter deux gestions différentes, mais il se dit persuadé par la nécessité de garder un contrôle unique du dispositif de lits à Genève.

M. Gruson constate encore que le système genevois est généralement envié par d'autres, à savoir le regroupement de sept hôpitaux dans une infrastructure commune dans l'intérêt de la patientèle. L'extension de ce regroupement à neuf structures lui paraît de nature politique. La problématique des soins, aujourd'hui à Genève, est le placement du patient ou de la patiente au bon endroit, et si possible ailleurs qu'à l'hôpital. La bonne circulation dans le réseau de soins est une question qui éclipsé de loin les modalités de la structure.

Un commissaire (S) remarque que la LIAF, votée en 2005, impose déjà des contrats de prestations avec les structures. Sur la question de l'efficacité prônée par le projet de loi, il demande si les économies réalisées par Victoria, 100 millions en 3 ans, auraient pu être supérieures.

M. Balestra répond par la négative, à moins de ne plus privilégier la qualité des soins. Au niveau stratégique, il estime que la définition des besoins en bâtiments devrait entrer dans le cadre des investissements. Un investissement peut être source d'économie.

Un député (S), concernant Joli-Mont et Montana, demande si des modifications de mission sont envisagées pour ces deux structures en cas de rattachement aux HUG.

M. Gruson répond que la mission de Montana devrait être plus en lien avec son contexte pour fluidifier la circulation de la patientèle âgée de la médecine interne jusqu'aux soins de suite. A cet effet, la médecine interne, la réhabilitation et la gériatrie seront regroupées, en séparant les soins de suite (CESCO et Loëx). La clinique de Joli-Mont devrait être intégrée aux soins de suite.

Une députée (L) rappelle que M. Gruson avait autrefois exprimé des difficultés liées au manque de souplesse du statut du personnel. Elle demande si c'est encore le cas.

M. Gruson répond que le statut du personnel en lui-même ne pose pas problème. Mais, dans le cas des médecins, les HUG aimeraient passer des conventions collectives avec ce corps professionnel, qui pourraient être assorties de garde-fous. L'auditionné affirme que ses propositions ne diminueront pas les acquis sociaux. Il déplore que les statuts du personnel soient fondés sur ceux d'une administration et non d'un hôpital.

Une députée (Ve) demande des détails quant à la construction d'un hôpital régional en France et des superpositions des bassins de population avec les HUG.

M. Gruson répond que 3'900 séjours hospitaliers ont concerné la population française. A la demande du DARES, il a rencontré les directions d'hôpitaux français de la région. Aucune de ces structures ne veut céder des cas. A l'heure actuelle, les urgences sont réglées par un accord de coopération obtenu par M. Unger : le schéma d'organisation sanitaire de la région Rhône-Alpes a inscrit le CHU de Genève comme CHU de référence. L'auditionné indique avoir fait des propositions aux hôpitaux français pour offrir la meilleure couverture sanitaire possible à la population régionale et des garanties financières à toutes les parties, mais que celles-ci ne semblent pas avoir convaincu.

M. Unger ajoute que la France a transformé le système ARH en système ARS à des fins protectionnistes. Il s'agit d'une volonté politique centralisée qui met certaines municipalités proches de la Suisse dans l'embarras, à l'instar de Divonne, dont l'hôpital de référence est situé à Bourg-en-Bresse. M. Unger a engagé des discussions avec le maire de la ville.

3. Audition de Mme von der Weid, présidente du conseil d'administration des cliniques genevoises de Joli-Mont et Montana, de M. Jean-Pierre Blanc, directeur de Montana, et de M. Bernard Rosset, directeur de Joli-Mont

Mme von der Weid remercie la commission de son audition au sujet de ce projet de loi et en particulier sur l'article 33 qui prévoit la fusion des conseils d'administration de Joli-Mont et Montana. Elle rappelle avoir déjà été auditionnée en 2007 alors qu'elle sortait de douze ans passés au conseil d'administration des HUG. Depuis 2008, il existe un contrat de prestations, mais l'autonomie que conservent les deux établissements permet de faciliter le contact avec les tiers, de motiver le personnel, qui reste de ce fait proche de sa hiérarchie.

M. Rosset explique que Joli-Mont et Montana sont intégrées dans le réseau de soins de Genève et que la collaboration avec les HUG est bénéfique

sur le plan médical (grâce aux contrats passés avec des médecins des HUG), administratif, informatique, de la formation, des laboratoires (sous-traitance des analyses), de la pharmacie et de l'achat de matériel. Les résultats financiers des deux cliniques sont la conséquence de cette collaboration. Elles ont un rôle de dégageant vis-à-vis de la patientèle des HUG où les séjours se raccourcissent pour des raisons économiques et médicales. Il y a donc complémentarité.

M. Blanc constate qu'une véritable compétition existe entre les différentes structures hospitalières dans les différents services médicaux (gériatrie par exemple). Il relève qu'une journée d'hospitalisation aux HUG s'élève à 1'290 F. La moyenne suisse est à plus de 700 F. Or, à la clinique de Joli-Mont et Montana, cette somme ne se monte qu'à 552 F. Ce succès s'explique probablement par la structure d'organisation légère des cliniques ainsi qu'à la motivation et à la flexibilité du personnel (7 postes pour 100 journées d'hospitalisation). Deux chiffres le prouvent :

- l'absentéisme atteint entre 3,6 et 4,5 % dans ces deux structures, contre 5,8 % à l'Etat de Genève et 5 % dans les hôpitaux suisses. L'autonomie n'y est pas étrangère puisque les contacts sont suffisamment réguliers et proches pour limiter les absences ;
- le taux de rotation du personnel se monte 3 à 5 % contre 9 % en Suisse.

Une députée (L) demande si les auditionné-e-s voient dans la fusion des deux conseils d'administration une menace sur les bienfaits de l'autonomie qui ont été décrits.

Mme von der Weid répond que c'est la proximité entre le conseil d'administration et le personnel, dans une petite structure, qui explique l'efficacité et la qualité des cliniques, notamment de par la réactivité que cela permet sur le terrain.

M. Rosset ajoute que les cliniques peuvent recourir aux compétences des membres du conseil administratif en cas de nécessité, dans la conduite de l'opérationnel.

Une commissaire (L) demande pourquoi Mme von der Weid défend désormais la coexistence des conseils d'administration, alors qu'elle y était opposée en 2007 lors de son audition.

Mme von der Weid répond qu'elle siégeait alors au bureau du conseil d'administration des HUG et que les problèmes remontaient de l'hôpital aux offices concernés, ce qui l'avait poussée à mettre en doute le bien-fondé de l'existence d'un conseil d'administration. Elle juge que la situation n'est pas comparable dans une petite structure. En premier lieu, elle remarque le plaisir du personnel à travailler dans les cliniques, alors qu'une structure comme les

HUG fonctionne différemment, quoique pas forcément mal. L'intégration des cliniques équivaldrait à les transformer en succursales.

Une députée (Ve) s'étonne de l'argument qui consiste à justifier le rôle des conseils d'administration par la qualité de l'information et donc l'amélioration de la réactivité. Cela lui paraît contredire le principe d'élimination d'un doublon. En second lieu, elle demande si la performance économique qui en découle serait menacée.

M. Blanc relève que le conseil d'administration coûte 62'000 F par an. Les services rendus par ses membres sont dérisoires financièrement et permettent une rapidité de décision enviable. Il insiste sur la gestion entrepreneuriale à l'œuvre dans une structure publique, toutefois sans privilégier la chasse aux coûts.

Une commissaire (Ve) demande si les employé-e-s sont sous le même régime qu'aux HUG.

M. Blanc répond par l'affirmative.

Un député (L) s'étonne du faible coût du conseil administratif.

Mme von der Weid répond que cet état de fait s'explique par l'investissement non rémunéré de certaines personnes, comme par exemple celui de Mme Koestler, qui permet de limiter les recours trop fréquents à des bureaux d'architectes.

M. Blanc ajoute que les membres du conseil d'administration touchent un montant identique à celui des établissements subventionnés.

M. Rosset précise que 62'000 F constituent une somme élevée en comparaison à celles versées les années précédentes car 2009 avait nécessité un important travail du conseil.

Un député (L) juge inquiétant, au niveau de la gouvernance, que les membres du conseil d'administration s'investissent dans l'opérationnel. Le fonctionnement interne de la clinique ne devrait pas être affecté par un éventuel changement des membres du conseil d'administration

M. Blanc répond que le rôle des membres du conseil d'administration est justement celui de conseiller, mais non de réaliser les travaux. Mme von der Weid ajoute qu'il ne se substitue en aucun cas à l'opérationnel.

Une députée (S) relève qu'un modèle de gouvernance contemporaine exige que des questions stratégiques puissent être résolues entre autres grâce aux compétences des membres du conseil d'administration. Constatant que les cliniques privilégient le modèle de l'entreprise sociale et des PME, elle demande si cette volonté est formalisée par le biais de conventions avec les

HUG. En second lieu, elle s'enquiert des raisons qui poussent à débattre de l'autonomie des cliniques.

M. Rosset répond qu'il existe des contrats formels avec les HUG, ainsi qu'avec le pharmacien des HUG, un orthopédiste des HUG, les laboratoires. Les HUG mettent ainsi à disposition 3,5 postes de médecin en permanence contre rémunération. Toutes les relations sont contractualisées.

M. Blanc ajoute que les cliniques n'ont pas pour but de se constituer en entreprises privées, mais qu'elles veulent rester publiques et subventionnées par le canton. Elles raisonnent dans l'intérêt du contribuable et de l'Etat, ainsi que dans l'adaptation au régime légal.

Un commissaire (MCG) demande s'il existe des enquêtes de satisfaction de la patientèle et si l'identification du personnel soignant à l'institution a une influence sur la qualité des soins.

M. Blanc répond qu'une enquête a été menée en 2002. Le taux de réponse était de 80%, alors qu'il tourne généralement autour de 20%. La clinique a ensuite développé un questionnaire propre avec un retour de 70 %. Cette enquête de satisfaction fixe ensuite les critères de qualité à atteindre pour l'année suivante. L'un des objectifs du contrat de prestations est d'atteindre un taux de 0 dans les plaintes de la patientèle qui finissent au tribunal. L'auditionné ajoute n'avoir pas perçu comme un danger la fusion des conseils d'administration mais qu'il défend l'idée que les cliniques continuent à s'adapter au mieux, et donc de manière autonome, à l'évolution du contexte de la santé.

M. Rosset ajoute que Joli-Mont dispose aussi d'un questionnaire. Le taux de satisfaction dépasse 95 %.

Un commissaire (L), premièrement, et dans un souci de coordination des examens et soins liée à la taille des structures, demande combien de temps la patientèle attend avant une prise en charge. Deuxièmement, concernant le libre-choix de l'hôpital à venir en 2012 suite à la modification de la LAMal, il constate que la population genevoise n'aura pas de choix : elle n'a que les HUG.

M. Rosset répond qu'il n'existe pas d'attente pour la patientèle lors des entrées puisque celles-ci sont programmées.

M. Blanc ajoute que la comparaison entre les HUG et les cliniques sur ce point lui paraît infondée. Sur le premier point, il craint effectivement un ralentissement des entreprises prises par les cliniques. Sur le second point, il indique que les cliniques chercheront des patientes et patients d'autres cantons, avec une participation financière de ces cantons, le Valais principalement. Le rôle de dégageant des cliniques paraît également à

l'auditionné intéressant puisqu'il fait baisser les coûts des HUG et de l'Etat de Genève.

Une députée (Ve) indique, pour information, que la commission du personnel a auditionné des employé-e-s et des cadres des HUG qui ont déploré la lenteur des processus en ce qu'elle nuit à leur motivation. Par ailleurs, elle demande ce qui pourrait améliorer encore la réactivité des cliniques.

M. Rosset répond que la remise en cause des contrats de fournisseurs constitue la principale mesure possible, même si elle est déjà pratiquée actuellement.

M. Grand ajoute que le but premier est de satisfaire la population. A ce titre, la clinique cherche à s'adapter aux grands défis de la santé, comme la psychiatrie et la diabétologie.

Une députée (R) rappelle que le projet de loi concerne aussi l'autonomie des investissements et de la gestion du personnel. Elle demande si la première mesure aurait une répercussion sur les cliniques et si la seconde mesure serait bien accueillie.

Mme von der Weid répond sur le second point n'avoir pas de marge de manœuvre.

M. Grand ajoute qu'un cadre déterminé quel qu'il soit fera l'objet d'une adaptation. Sur les investissements, il indique que la définition des besoins est suivie par un projet de loi qui attribue un crédit pour les deux établissements. L'auditionné souhaiterait que le plan quadriennal soit conservé et adapté en fonction des besoins, après validation de la Commission des finances, des travaux et du conseil d'administration.

Le président de la commission constate que la tarification à l'acte pourrait être introduite sous peu et s'enquiert des risques que cela pourrait engendrer pour les cliniques. Deuxièmement, il demande si les cliniques, en tant que « concurrentes » des HUG, craignent d'être asphyxiées à terme par les HUG.

M. Rosset, sur le second point, répond que les HUG et les cliniques entretiennent un rapport de complémentarité, non de concurrence, notamment pour les séjours longs. Il précise que la moyenne du séjour en clinique est de 18,5 jours : c'est donc un important service rendu à la patientèle nécessitant une réhabilitation, les âgé-e-s en particulier.

Mme Buttikofer ajoute que le déploiement du réseau de soins doit intégrer des établissements qui offrent les prestations offertes par Joli-Mont et Montana pour atteindre son plein potentiel et répondre aux besoins d'une patientèle subissant un traitement onéreux.

M. Blanc répond, sur le premier point, que, tant que le coût moyen de la journée d'hospitalisation reste bas, cela facilite les négociations avec les assureurs, qu'on soit dans un système de tarification journalier ou dans un système de type APDRG.

Une députée (S) demande, dans la perspective du libre-choix de l'hôpital de 2012, quel est l'intérêt de Genève d'avoir deux cliniques décentralisées dans un autre canton, en termes de mission de service public.

M. Blanc répond qu'il convient d'identifier la patientèle de Montana, par exemple. Le modèle de prise en charge des cas de dépression y est quasi unique. Or, Genève nécessite des structures psychiatriques importantes. La distance est alors considérée comme un atout thérapeutique et elle peut constituer un élément essentiel d'attractivité. En outre, la clinique ne connaît guère de pénurie de personnel, contrairement aux HUG.

Une commissaire (Ve) demande, premièrement, si la patientèle en psychiatrie connaît une durée moyenne de séjour plus longue que 18 jours. Secondement, elle demande s'il existe des collaborations de recherche avec les HUG.

M. Blanc répond, sur le second point, qu'il n'existe pas de projets de recherche communs avec les HUG. En revanche, un système d'évaluation de la satisfaction des thérapies est en cours de travail. Sur le premier point, il indique que la durée moyenne du séjour en psychiatrie peut être légèrement supérieure (une vingtaine de jours), mais que les cliniques prennent soin de ne pas en faire une référence : chacun, chacune est traité-e selon son évolution individuelle.

4. Audition du professeur Martial Pasquier, IDHEAP

M. Pasquier indique que l'analyse d'une fusion de deux établissements publics repose sur deux types de critères principaux : la gouvernance (les rapports de pouvoir à l'intérieur et entre les institutions concernées) et la conduite des organisations. C'est le poids accordé à chacun des critères qui permet la décision. Il précise ne pas avoir étudié en profondeur le cas des cliniques de Joli-Mont et Montana. Il débute son analyse par le passage en revue des critères liés à la gouvernance. Sont réservées les dispositions du projet de loi du Conseil d'Etat sur le sujet.

1. La transparence des activités : la fusion de deux entités conduit à une diminution de la visibilité institutionnelle de leurs activités concrètes.
2. L'imputabilité (*accountability*) : celle-ci se trouvera réduite, si on l'applique aux activités de l'établissement, puisqu'une petite entité rendra des comptes qui seront vraisemblablement noyés dans une masse

globale d'informations, celles des HUG, en cas de fusion. Mais ce même critère, si on l'applique à la conduite de la politique publique, peut être apprécié différemment puisqu'une fusion de ces entités peut faciliter une homogénéité croissante de cette politique publique.

3. Le contrôle politique : celui-ci est meilleur si le nombre d'unités décentralisées à contrôler n'est pas trop élevé.

M. Pasquier passe aux critères de conduite des organisations (*management*).

1. Les synergies fonctionnelles et managériales (politiques d'achat, RH etc.) : une fusion des entités peut amener des synergies positives mais elles peuvent aussi préexister à une fusion. Des synergies négatives sont possibles.
2. La capacité juridique : la personnalité juridique des deux entités serait perdue si elles intégraient les HUG. Elles n'auraient donc peut-être plus la possibilité de contracter légalement directement vis-à-vis des assureurs-maladie.
3. L'autonomie managériale et décisionnelle : celle-ci serait perdue dans les deux entités en cas de fusion, sauf en cas d'autonomie accordée par les HUG notamment en termes d'investissements.
4. La flexibilité : une entité plus indépendante bénéficie peut-être d'une plus grande flexibilité dans une situation concurrentielle et dans l'adaptation de son offre de prestations, de par le fait qu'elle est davantage contrainte de se profiler par une offre spécifique.
5. La responsabilisation des organes : Montana semble accorder beaucoup d'importance à une saine gestion des dépenses et au taux de remplissage des lits. Le premier de ces deux soucis sera peut-être diminué en cas d'intégration dans une plus vaste entité, puisqu'on n'aura pas à rendre de comptes directement au monde politique.

M. Pasquier conclut en disant que, si on veut renforcer le contrôle politique sur ces entités, la fusion prendrait tout son sens pour coordonner les politiques publiques. Si on cherche plutôt à développer la responsabilité managériale des entités, alors il convient de ménager leur autonomie. En cas de maintien des deux conseils d'administration, l'auditionné suggère de croiser les appartenances de certaines personnes au conseil d'administration pour améliorer le flux d'information (par exemple le directeur des HUG dans le conseil d'administration de la clinique).

Une commissaire (Ve) demande dans quelles conditions des synergies deviendraient négatives.

M. Pasquier répond en donnant l'exemple de la souplesse d'une entité, qui se trouverait contrainte de suivre des procédures lourdes amenées par une autre entité plus importante.

Un député (R) constate que l'accent a été mis sur les gains et pertes des cliniques de Joli-Mont et Montana. Si la qualité managériale justifie l'existence de petites entités, il demande un complément sur les gains et pertes d'une structure d'importance telle que les HUG. Secondement, il s'enquiert du risque de déséquilibre du fonctionnement des HUG qui donne actuellement satisfaction au niveau des soins et de la gestion. L'asymétrie des deux structures d'établissement publics médicaux (EPM) lui paraît étonnante sur les plans quantitatif et qualitatif (soit le découpage clinique : les missions de soins notamment de certains services des HUG sont redondantes par rapport aux cliniques). Troisièmement, la redéfinition des modes de rémunération hospitalière (par cas, par journée) entrant en vigueur en 2012, le commissaire s'enquiert des conséquences que cela engendrerait.

M. Pasquier répond, sur le premier point, que la multiplication des entités occasionnerait des pertes de contrôle et de coordination des activités de celles-ci ; le regroupement renforce le contrôle politique unifié. Sur le second point, il répond que l'asymétrie des EPM en termes quantitatifs, notamment asymétrie de budget, ne lui paraît pas poser problème : d'autres établissements autonomes connaissent cette situation. Sur le plan qualitatif, il déclare que s'il devait y avoir des doublons, il conviendrait de les regrouper mais l'auditionné insiste sur son absence de connaissances quant à la présence de doublons. Sur le troisième point, il répond que la question lui paraît relever non de la gestion d'établissement mais de la politique publique. Dans le temps, celle-ci évolue.

Une commissaire (S) demande premièrement sur quels critères arbitrer l'équilibre entre l'efficacité de la conduite managériale des organisations et celle de leur regroupement pour des raisons politiques. Secondement, il paraît à la commissaire que le management semble préconiser une décentralisation pour redynamiser de grands ensembles.

M. Pasquier, sur le premier point, répond que la mission de l'établissement détermine sa forme juridique. L'arbitrage politique repose sur le poids accordé à chaque type de critère. L'arbitrage managérial, économique, se fonde sur les coûts de transaction : il convient de voir ce qui est le moins coûteux entre, d'une part les pourparlers des deux entités pour coordonner leurs missions et, d'autre part, la lourdeur administrative d'une entité unique. Sur le second point, il répond que les modes de gestion dans le secteur privé diffèrent du secteur public. Le privé est dans une position attentiste, qui tend à la fusion pour réduire les coûts. Le public voit une

reprise en mains par le politique des établissements qui avaient été rendus autonomes, de manière à le rendre leur gestion plus cohérente et uniforme. L'autonomie et le contrôle de celle-ci sont soumis à une homogénéisation accrue.

Un député (R) estime, premièrement, que la précision des comptes actuellement rendus par les cliniques ne tendrait guère à l'opacité si elles étaient intégrées dans une grande structure. Cette logique lui paraît tronquée si elle revient à mesurer l'efficacité sur la base de rapports d'activité. Deuxièmement, la marge de manœuvre budgétaire ne paraît pas au commissaire plus importante dans un petit établissement que dans un grand. Le souci d'économie n'est pas négligé quelle que soit la taille de la structure. Troisièmement, il demande si les Conseils d'administrations (CA) des petites entités doivent s'impliquer dans l'opérationnel ; cela lui paraît constituer une confusion des rôles et donc des conflits d'intérêts potentiels.

M. Pasquier répond, au premier point, que le maintien de comptes et d'informations aussi précis devrait être spécifié dans un contrat de prestations qui deviendrait de ce fait lourd et coûteux. Actuellement, le détail est « spontanément » fourni. Sur le deuxième point, la marge de manœuvre budgétaire, il indique qu'un établissement qui défend librement son budget face aux autorités ne connaît pas la même situation qu'au sein d'une grande structure où les budgets d'investissement et de fonctionnement sont sujets à des priorisations. Sur le troisième point, l'auditionné répond qu'il ne connaît pas de cas de conflits d'intérêt dans des petites structures. Ce sont plutôt les grandes structures qui voient apparaître ces conflits, car leur taille peut amener plus facilement à des comportements opportunistes.

Un député (L) pose la question de la pérennité de l'organisation. Les coûts de coordination sont faibles mais dépendent notamment de la structure et du Conseil d'administration, deux points susceptibles d'évoluer.

M. Pasquier répond que les citoyens préféreront la pérennité de la fonction, et non de la structure. Les coûts de coordination évoluent, non pas tant selon la composition du Conseil d'administration, mais selon les politiques publiques, notamment quand celles-ci se complexifient.

Une députée (Ve) demande si la gestion d'une structure peut se trouver préteritiée du fait de la taille importante d'une entité.

M. Pasquier répond ne pas avoir connaissance de semblables cas. Des problèmes émanent davantage de l'absence de clarté sur la répartition des compétences entre instances politiques et établissements, sur les outils de contrôle et sur la nature des tâches spécifiées par le contrat de prestations. A cet égard, il indique que les outils de contrôle, de pilotage, de suivi de

l'activité se doivent d'être clarifiés, ce qui a occupé les autorités politiques ces dernières années.

Une députée (S) relève que d'autres auditionné-e-s ont évoqué le lien entre autonomie managériale et qualité de la gestion, notamment au niveau des ressources humaines (faibles rotation et absentéisme) et du coût journalier.

M. Pasquier répond que l'autonomie d'une petite entité favorise la responsabilisation des individus et l'implication personnelle des cadres dans la gestion puisqu'on se trouve plus facilement cité nommément dans un rapport d'activité. Il estime que la motivation peut effectivement être forte dans une structure autonome, mais relève que cette autonomie a aussi ses effets pervers.

Le président de la commission demande, face à un contexte économique difficile, ce qu'il pourrait advenir des grosses institutions hospitalières cantonales.

M. Pasquier répond que, de manière générale, la Suisse, pragmatique dans sa gestion et son exécution de la tâche publique – une conséquence du fédéralisme – souffre moins des soubresauts économiques. Concernant le domaine des soins, il estime que les coûts allant augmenter, il faudra mieux coordonner les acteurs. Cette coordination n'implique pas nécessairement un chapeutage unique ; elle peut passer par d'autres outils, tels que les contrats de prestations. L'autonomie de ces deux entités, si on veut éviter des doublons, devra passer par des contrats de prestations qui définissent spécifiquement leurs missions respectives.

M. Unger s'interroge sur l'opportunité d'une discussion sur une fusion ou une absence de fusion, surtout dans la mesure où les syndicats n'ont pas été entendus. Il se dit favorable à la fusion en 2012, à la fin du contrat de prestations. Il indique par ailleurs avoir fait rédiger des amendements sur la question des investissements.

Un commissaire (MCG) demande, en cas de non-fusion, si les contrats de prestations actuels évoquent les clauses citées par M. Pasquier, pour éviter les doublons notamment.

M. Unger répond que ces clauses sont bien plus précises pour les HUG que pour les deux cliniques qui s'adaptent à la clientèle non prise en charge par les hôpitaux. De ce fait, il relève la difficulté de ces cliniques à établir un plan stratégique. Leur intégration dans un plan stratégique nouvellement dessiné des HUG lui paraît donc plus simple et plus cohérent.

Un député (S) rappelle que la commission se doit de donner un préavis. Un travail sur les amendements lui paraît donc infondé.

Un commissaire (R) se souvient que, un temps, Joli-Mont devait devenir un EMS, tandis que Montana aurait été vendue. Pour des raisons politiques, on a renoncé à s'en séparer. L'anomalie quantitative et structurelle qu'il évoquait précédemment repose sur ce caractère historique. Par ailleurs, il précise, à la lecture de la nouvelle teneur de l'article 33, alinéa 2, qui définit les missions des cliniques, que les traitements « de longue durée, de caractère médico-social, [et les] convalescences » ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie. Enfin, il revient sur le nouveau mode de rémunération hospitalière. Le forfait par cas pour les soins aigus est indépendant de la durée du séjour hospitalier, par conséquent les hôpitaux tendent à réduire ce dernier par un transfert dans d'autres établissements. Les cliniques jouent à cet effet un rôle de soupape, mais avec le risque de se « refiler le patient » en cas d'absence de coordination. Pour instaurer celle-ci, une fusion lui paraît nécessaire.

Une commissaire (S) constate que les paramètres déterminant une fusion sont nombreux et complexes. Elle s'interroge sur la capacité de la commission à prendre une décision sur ce sujet et se dit favorable à une analyse de cette opportunité par le Département. Par ailleurs, elle estime que la situation actuelle ne pose pas problème, au vu des informations dont la commission dispose.

Un député (L) déclare ne pas voir de raison politique qui s'oppose à la fusion, même si le statut du personnel nécessite une clarification. Si les cliniques étaient déjà intégrées aux hôpitaux, il semble au commissaire qu'on n'envisagerait pas leur abandon. Politiquement, une fusion lui paraît inévitable.

Un commissaire (R) estime que la situation est devenue urgente par rapport à 2007 (vis-à-vis du rythme parlementaire). La décision d'une fusion lui paraît plus politique que technique.

Une députée (R) demande si le département peut établir une liste des doublons entre Joli-Mont, Montana et les HUG.

M. Unger répond que Montana s'adapte aux clientèles qui ne trouvent pas de place dans le réseau de soins et qui nécessitent un éloignement de leur lieu de vie habituel. Le profil de celles-ci a énormément varié dans le temps, révélant une admirable adaptabilité de la clinique. Par contre, il existe des doublons considérables entre Joli-Mont et les HUG au niveau de la rééducation ou de la gériatrie par exemple.

Une commissaire (S) s'interroge sur les raisons qui incitent son collègue (L) à faire de la fusion un choix politique plus qu'économique.

Celui-ci explique que la pérennité politique repose sur l'intégration des cliniques dans les HUG pour leur permettre d'accomplir leur mission. Il ne voit pas pourquoi l'efficace gestion des cliniques prendrait fin du fait d'une fusion.

Une députée (Ve) demande si Joli-Mont et Montana prennent en charge un suivi que la mission des HUG l'empêche désormais d'assurer. Secondement, elle s'interroge sur le lien entre la taille des cliniques et leur efficience.

M. Unger répond positivement à la première question. Sur le second point, il indique que la taille réduite de l'établissement et la proximité du conseil d'administration sont des facteurs de cohésion, favorisant l'esprit d'équipe, mais que cela n'influe pas directement sur l'efficacité de l'entité.

Un député (R) relève que le coût moyen journalier de la patientèle dans les services de soins subaigus (rhumatologie, rééducation, gériatrie...) des HUG avoisine 600 F; en revanche, le coût moyen pour la rhumatologie est de 1'500 F, en gériatrie 400 F. Si à Joli-Mont, le coût moyen bas observé, 500 F, devrait rester le même au sein des HUG si leur mission reste inchangée. Mais cela ne lui paraît pas un indicateur à même de décider d'une fusion.

Un député (MCG) reprend les déclarations de son collègue (R) sur la rémunération au forfait par cas qui pousse à la réduction de la durée d'hospitalisation. Cela lui paraît un problème de santé plus grave que la gouvernance pour la qualité des soins.

Son collègue précise qu'il s'agit des soins aigus et que ce phénomène est un effet pervers de la réforme de la loi sur l'assurance-maladie qui impose la rémunération au forfait par cas. A ce titre, l'intégration de tous les établissements publics paraît au commissaire nécessaire pour faire émerger une responsabilité unique de traitement de la patientèle. Par ailleurs, un observatoire sera mis en place pour éviter les abus.

Le président ajoute que ce nouveau marché médical sera arbitré par les assureurs.

M. Unger précise que les travaux sont en cours, sur la base du travail des cantons qui souhaitent maîtriser l'instrument de calcul.

Une députée (L) demande si la possibilité d'un préavis de minorité existe.

M. Unger répond que **le préavis pourrait comporter des nuances, en traitant séparément chacun des quatre thèmes du projet de loi. Il précise que selon les opinions qui se dégageront, il préparera des amendements en conséquence.**

4. Audition de Mmes Cattani et Béguelin, ainsi que de Mme Laurence Delpêche, du syndicat SST

Mme Cattani estime que la recherche d'autonomie revient à dégrader fortement les conditions de travail du personnel et à les privatiser. Si la Loi sur les hôpitaux devait être modifiée en ce sens, les syndicats s'y opposeraient de toutes leurs forces, y compris par référendum, car ils considèrent que, concernant les conditions de travail du personnel, les HUG disposent d'une autonomie suffisante. Des différences entre les conditions de travail de l'administration cantonale et des HUG existent déjà. Les modalités du travail de nuit, de fin de semaine ou des jours fériés, par exemple, ont été négociées avec la direction, ce qui prouve que des aménagements spécifiques peuvent être trouvés dans le cadre légal actuel. Par ailleurs, elle indique que les syndicats restent attachés à l'appartenance des HUG au service public et de la fonction publique puisque ceux-ci dispensent des prestations publiques à la population. La création d'autres dispositions, par exemple le salaire au mérite, paraît viser à réaliser des économies sur le dos du personnel. En outre, la question se pose de savoir si ces nouvelles dispositions concerneraient les personnes nouvellement engagées ou l'ensemble des employé-e-s ; la coexistence de deux régimes de personnel paraît difficile à l'auditionnée.

Quand à la fusion des cliniques et des HUG, l'auditionnée rappelle que la situation du personnel des cliniques est identique à celle des HUG. Si une fusion ne remet pas cela en question, l'auditionnée estime que, sur ce plan, elle est acceptable. Sur la question de la qualité des prestations, elle rappelle que les cliniques s'adaptent aux missions des HUG et réalisent actuellement un travail sans dysfonctionnement. L'amélioration de la mission des cliniques ne ressortant pas du projet de loi, c'est pourquoi elle estime que la fusion n'apporte rien.

Au niveau des investissements, elle constate l'existence d'un contrat de prestations pour les HUG, contrat qui ne mentionne pas cette question. Elle déclare comprendre que celui-ci puisse comporter un plan quadriennal d'investissements mais relève que la subvention de fonctionnement est décidée annuellement par le Grand Conseil. Cette forme de contrôle lui paraît fondée et devoir s'appliquer aux subventions d'investissements également pour garantir une surveillance politique.

Mme Beguelin rejoint Mme Cattani dans ses déclarations. L'autonomie de gestion du personnel lui paraît suffisante. Le service public et la motivation du personnel se trouveraient prétérités par une gestion motivée uniquement par des pressions d'économies.

Mme Delpeche rappelle que le statut de fonctionnaire repose sur un salaire décent pour éviter la corruption, principe qui paraît menacé par le salaire au mérite, et sur la garantie de l'emploi, que la flexibilisation des conditions de travail pourrait contester.

Un député (L) distingue la privatisation, terme qui ne figure pas dans le texte du projet de loi. Il demande si les auditionnées considèrent que le personnel de l'aéroport et des SIG, autres établissements autonomes, a été privatisé. En outre, il relève qu'un nouveau statut du personnel aurait fait l'objet de négociations.

Mme Beguelin déclare ne pas avoir à prendre position sur le statut du personnel d'un secteur dont elle n'est pas spécialiste. C'est la défense de la fonction publique qui lui tient à cœur.

Mme Cattani constate que, en cas d'autonomisation du personnel, celui-ci pourrait subir par exemple des blocages de mécanismes salariaux spécifiques, décidés par les autorités. Le modèle de gestion du personnel lui paraît se rapprocher du privé. L'autonomisation du personnel de l'aéroport a toujours fait l'objet d'une opposition des syndicats et les SIG connaissent désormais des formes de salaire au mérite, malgré l'opposition ferme des syndicats. Les hauts salaires tendent aussi à augmenter dans les cas d'autonomie et à dépasser leurs équivalents dans le public ; les bas salaires descendent également en dessous des minima.

Un député (L) voit dans l'autonomie une plus grande responsabilisation et flexibilisation du service public.

Mme Cattani souhaite vérifier s'il existe un constat de déresponsabilisation des HUG ou d'un manque de flexibilité du personnel. Elle ajoute que certaines impulsions données par le Conseil d'Etat en matière de droit du personnel peuvent poser problème dans les établissements autonomes. Par exemple, les dispositions en matière de protection de la personnalité des employé-e-s du service public sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2009, sur la base d'une négociation collective, mais elles ont dû être renégociées aux HUG, du fait de leur autonomie, et n'entreront en vigueur qu'en septembre 2010. L'auditionnée rappelle que toute négociation des conditions de travail suppose des moyens, si on veut les améliorer ; or, le contexte est aux économies plus qu'aux dépenses.

Un commissaire (PDC) demande si les auditionnées estiment que ce projet de loi améliore l'efficacité des HUG, comme le mentionne son sous-titre.

Mme Cattani répond par la négative puisqu'il se limite aux structures, sans considérer l'intérêt de la patientèle. En outre, sans les mesures d'autonomie prônées par le projet de loi, les HUG ont réussi à introduire le programme Victoria et à réorganiser certains services. La réorientation des politiques de soins à l'intérieur des HUG, via le plan stratégique et les programmes d'économie, fonctionne déjà, même si elle ne va pas dans le sens voulu par les syndicats.

Mme Beguelin ajoute que le contrat de prestations permet précisément l'efficacité. Sa durée de quatre ans devrait permettre une anticipation suffisante pour de bons résultats.

Le président de la commission demande si l'autonomie du personnel, telle que mentionnée dans le projet de loi, peut faire l'objet de négociations.

Mme Cattani répond que ce n'est pas le cas.

Le président constate que le projet de loi date de 2007, mais que l'avenir tel qu'il se présente laisse augurer de réformes nécessaires de la fonction publique. Il demande l'avis des auditionnées.

Mme Beguelin rappelle que la crise est un prétexte omniprésent visant à remettre en question les acquis. Genève ne manque pas d'argent et en trouvera si nécessaire, à condition de le vouloir.

Mme Delpeche ajoute que l'efficacité a ses limites. La diminution du personnel, par exemple, représente un danger, à terme, pour la patientèle. La durée de séjour dans les hôpitaux diminue également si le personnel est en nombre suffisant pour permettre une sortie sûre.

Une députée (L) se dit choquée par les termes employés par Mme Cattani en début d'audition. Cependant, elle se dit consciente des conditions de travail du petit personnel et convaincue de l'importance du rôle des syndicats dans la négociation de statuts pour le personnel.

Une commissaire (S) voudrait déterminer si les craintes des syndicats reposent sur le statut de fonctionnaire et la garantie de son emploi, ou sur l'égalité salariale entre le personnel des HUG et des établissements privés qui recourent souvent aux CCT.

Mme Cattani répond que les deux aspects comptent. Les CCT de la FSASD et des EMS ont pris comme modèle les conditions de travail des HUG et ont offert une amélioration des conditions de travail du personnel de ces entités. La garantie de l'emploi entre également en ligne de

compte puisque la nouvelle LPAC facilite déjà le licenciement pour insuffisance de prestation sans enquête administrative. Cette garantie passe par le service public puisqu'elle n'existe pas dans les CCT précitées.

Un député (S) rappelle qu'un amendement, déposé lors des débats sur la loi sur les EMS en 2009, demandait que le salaire du personnel auxiliaire soignant des HUG soit aligné sur la CCT des cliniques privées, sans donner de chiffres. Il demande s'il en existe.

Mme Cattani répond que pour la différence pour le personnel infirmier tourne entre 800 et 1'000 F, et entre 500 et 600 F pour le personnel soignant auxiliaire. Elle explique qu'une privatisation qui aurait pour conséquence une telle baisse de salaire a motivé le terme de « déclaration de guerre » qu'elle a employé.

M. Unger précise que cela représente entre 15 et 20% de différence, en faveur de l'hôpital.

5. Prise de postions des groupes

Le groupe des Verts était opposé à ce projet de loi en 2007 déjà et refusait d'entrer en matière. Son gel était une bonne décision. Depuis, un contrat de prestations a été conclu. Il ne paraît guère opportun à la commissaire d'entrer en matière sur la fusion et sur le statut du personnel puisque les cliniques ont réalisé de grands efforts pour fonctionner.

Le groupe Libéral souhaiterait scinder ce projet de loi : le volet LPAC serait renvoyé à la commission ad hoc sur le personnel puisque M. Gruson lui-même appelle à une certaine liberté concernant les statuts du personnel, qu'exige le contexte des HUG. Le risque de détérioration des conditions de travail du personnel serait minime puisqu'elles feraient l'objet de négociations, sur la base de ce qui existe déjà. Le contrat de prestations est réglé. Le groupe est en outre favorable aux investissements, puisque l'hôpital pourra gérer ses dépenses et les faire valider par le contrôle du Grand Conseil, et estime enfin que la fusion s'impose, sur la base des critères évoqués par M. Pasquier.

Le groupe Socialiste relève que Joli-Mont et Montana fonctionnant très bien, en termes de résultats et de statuts du personnel identique à celui des HUG, la fusion peut être écartée. Sur le statut même du personnel, il ne voit pas d'entraves posées par la LPAC au bon fonctionnement des HUG. Le commissaire souligne que, en 2007, le contrat de prestations était déjà bien engagé.

Sur les investissements, le groupe rendra un préavis négatif, considérant que ce point peut faire l'objet d'un projet de loi spécifique et précise que le

renvoi d'une partie d'un projet de loi ne se décide pas au niveau d'une commission et doute que la chose soit possible. Une commissaire (S) ajoute que les critères amenés par M. Pasquier devraient constituer une base de réflexion pour le Département, dans le cadre d'une redéfinition des missions des HUG, et qu'ils ne tendent ni d'un côté ni de l'autre en ce qui concerne la fusion. Elle rappelle les résultats positifs évoqués lors de l'audition de la direction des cliniques. Sur le personnel, elle se dit favorable à une gestion souple mais constate que les autres établissements publics autonomes ont subi une paupérisation, du fait que leurs CCT ne suivent pas les ajustements de mécanismes salariaux décidés par l'Etat.

Pour le groupe PDC, la question du contrat de prestations est réglée et que celle du personnel est déjà suffisamment délicate en ce moment. La fusion nécessitera une réflexion ; leur autonomie pose la question des collaborations et de leur éventuelle intégration dans un réseau de soins plutôt que dans les HUG. Il met en doute l'idée qu'un regroupement permette une meilleure efficacité du travail en réseau. Les urgences, par exemple, sont constituées de cinq entités autonomes. En outre, Montana s'adapte très bien à son statut intercantonal en recherchant des patientèles, ce qui favorise sa souplesse. Il indique par ailleurs faire partie du Conseil d'administration de Joli-Mont et Montana.

Le groupe Radical soutient le renvoi d'une partie du projet de loi à la Commission sur le personnel de l'Etat. Par ailleurs, il rappelle que la rémunération par cas, qui entrera en vigueur en 2012, imposera une perspective stratégique au niveau fédéral pour les hôpitaux. Cela n'est pas sans conséquence sur le statut du personnel et la question de la fusion. Constatant une pénurie du personnel de santé et l'exigence pour les hôpitaux de se profiler dans un contexte plus concurrentiel, le commissaire suppléant remarque l'intérêt de repenser les statuts du personnel en tenant compte de ce nouveau contexte. Sur la fusion, le groupe radical soutient le regroupement des cliniques dans un seul EPM pour permettre un meilleur contrôle politique et une plus grande souplesse de l'organisation.

Le groupe MCG approuve l'autonomie des investissements et s'oppose à l'autonomie de gestion du personnel. Sur la question de la fusion, il estime qu'une gestion autonome, souple et transparente (sur les honoraires des médecins privés notamment) de la part des cliniques, qui dispose en outre de niches de clientèles, est une bonne chose dans la perspective de la rémunération par cas.

M. Unger se félicite qu'un contrat de prestations soit bouclé. Il s'était opposé en 2007 au volet sur le statut du personnel puisqu'une modification de la LPAC sur l'insuffisance de prestations comme motif de licenciement était en cours de négociations. En 2010, il se dit confirmé dans ses vues. Un apaisement lui paraît en outre nécessaire à l'aube du nouveau contexte de la santé en 2012. Sur les investissements, il indique avoir finalisé avec les hôpitaux le plan financier quadriennal. Il estime qu'une responsabilisation se trouverait accrue par l'octroi d'une enveloppe générale pour les renouvellements et investissements, à l'exception des équipements liés aux nouveaux locaux qui devraient intégrer un projet de loi de construction.

Sur la fusion, il relève que tout n'a pas été dit lors des auditions et que la direction des cliniques a connu un profond désordre voici quelques années, notamment en raison du démarchage de diverses clientèles, même s'il convient de relever l'excellence de l'équipe actuelle. Le dispositif de lits qui arrivera en 2012, divisé entre soins aigus et soins de réhabilitation, conduira à des passages systématiques de l'un à l'autre en fonction des situations économiques. Un dispositif unique s'impose pour éviter ce problème. A terme, le réseau devra être piloté comme tel et composé de services dotés d'outils de gouvernance. Dans ce but, une fusion lui paraît nécessaire.

6. Votes

Le président de la commission propose un vote sur les quatre aspects du projet, soit contrat de prestations, autonomie de gestion des investissements (subvention d'exploitation et subvention d'investissement sous forme d'enveloppe pour quatre ans), autonomie de gestion du personnel, fusion.

Une députée (L) propose un vote sur chacun des quatre thèmes, puis un vote final, afin de clarifier les débats menés au sein de la commission.

Le président met au vote cette proposition :

Pour : 11 (1 S, 1 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 MCG)

Contre : 3 (1 S, 2 Ve)

Abstention : -

Vote concernant le contrat de prestations

Le président résume la position de la commission : cette question est caduque puisqu'un tel contrat a été passé avec les HUG .

Vote sur le principe de la fusion de Joli-Mont et Montana avec les HUG.

Pour : 6 (1 PDC, 2 R, 3 L)

Contre : 7 (2 S, 3 Ve, 2 MCG)

Abstention : -

Ce principe est refusé par la majorité de la commission.

Un député (PDC) s'est récusé pour ce vote.

Vote concernant le principe d'autonomie de gestion des investissements.

Pour : 9 (2 PDC, 2 R, 3 L, 2 MCG)

Abstention : 1 (1 S)

Contre : 4 (1 S, 3 Ve)

Ce point est adopté par la majorité de la commission.

Vote concernant le principe d'autonomie de gestion du personnel.

Pour : 4 (2 R, 2 L)

Contre : 8 (2 S, 3 Ve, 1 PDC, 2 MCG)

Abstentions : 2 (1 PDC, 1 L)

Ce point est refusé par la majorité de la commission.

Vote concernant le préavis général sur le projet de loi 10001.

Pour : 6 (1 PDC, 2 R, 3 L)

Contre : 5 (2 S, 3 Ve)

Abstentions : 3 (1 PDC, 2 MCG)

7. En conclusion

Si une faible majorité de la commission émet un préavis favorable sur ce projet de loi, ses membres souhaitent cependant que la Commission des finances soit informée des réserves émises par la majorité d'entre eux à propos de la fusion des cliniques de Montana et Joli-Mont avec les HUG. De même, elle désire aussi l'informer que les personnes favorables au principe d'autonomie de gestion du personnel estiment toutefois que ce point ne devrait pas être traité dans le cadre de ce projet de loi.

République et canton de Genève

ANNEXE



CLINIQUE DE JOLI-MONT

Avenue Tremblay 45
Case postale 72 – 1211 Genève 19
• 022 / 717 03 11 – Fax 022 / 717 03 10

AUDITION DE MME SABINE VON DER WEID, PRESIDENTE DU CA, DE MM. JEAN-PIERRE BLANC ET BERNARD ROSSET, DIRECTEURS DES CLINIQUES DE MONTANA ET DE JOLI-MONT, DEVANT LA COMMISSION DES FINANCES DU GRAND CONSEIL DU 12.01.2011 SUR LE PL 10001 – MODIFICATION DE LA LEPM (K2 05)

1. REPÈRES HISTORIQUES : RATTACHEMENT OU AUTONOMIE : UNE QUESTION RECURRENTE

Depuis plus de 100 ans, et plus récemment en 1994 et en 2002, la question de l'autonomie ou de l'intégration des cliniques dans les HUG revient au centre des discussions.

Pour mémoire, on rappellera que la clinique de Montana fut autonome jusqu'en 1973, puis rattachée à l'Hôpital cantonal de Genève de 1973 à 1985, pour retrouver à nouveau son autonomie en devenant en 1985, avec Joli-Mont, un EPM autonome.

Les arguments qui ont justifié le choix de nos prédécesseurs de maintenir ces cliniques autonomes sont similaires à ceux que nous pouvons avancer aujourd'hui et qui peuvent se résumer en trois mots : **pragmatisme, efficacité et gestion des coûts.**

2. INTEGRATION DES CLINIQUES DANS LE RESEAU DE SOINS : PARTENARIAT AVEC LES HUG

Les cliniques de Joli-Mont et de Montana sont totalement intégrées dans le réseau de soins et hospitalier genevois. Les HUG constituent notre partenaire le plus important dans ce réseau.

Les collaborations avec les HUG sont multiples et intenses dans tous les domaines : médical, administratif, flux des patients, formation, informatique, laboratoire, pharmacie, radiologie, achats, etc. On relèvera parmi les nombreux exemples l'achat de médicaments, les examens de radiologie, les analyses de laboratoires, l'utilisation de certains systèmes informatiques communs et la centrale d'achats.

Il est incontestable que nos excellents résultats sont, en partie, dus à ces collaborations avec les HUG. Mais ces derniers en profitent également.

Ainsi, le transfert, le plus rapide possible, des patients des HUG vers nos cliniques, qualifiées souvent et à juste de titre de cliniques « de dégagement », est profitable économiquement aux HUG et qualitativement aux patients. Il faut savoir en effet qu'il y a des centaines de patients en attente de transfert qui restent aux HUG faute de place ailleurs ; cela représente un coût très élevé non seulement pour les HUG, mais également pour les finances du canton et pour les contribuables.

Il y a donc une complémentarité et une convergence d'intérêts entre nos établissements, tant du point de vue de la qualité des prestations médicales que d'un point de vue strictement économique.

3. ARGUMENTS DE GESTION ECONOMIQUE : DES RESULTATS PROBANTS

Les cliniques de Joli-Mont et de Montana peuvent démontrer, avec des faits et des chiffres, qu'elles sont parmi les plus avantageuses de Suisse.

- **Coût moyen d'une journée :**

Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans nos cliniques est inférieur à Fr. 600.- / jour en 2010, toutes charges comprises.

En comparaison, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation en Suisse est d'environ :

- ◆ Fr. 800.- en réadaptation et en psychiatrie,
- ◆ Fr. 1'200.- en hôpitaux de soins aigus non universitaires,
- ◆ Fr. 1'800.- en hôpital universitaire.

- **Dotations et coût du personnel :**

L'effectif du personnel des cliniques est de 1,3 poste par lit.

En comparaison, la dotation d'autres établissements hospitaliers est la suivante :

- ◆ 1,7 poste par lit en cliniques de médecine interne et réadaptation ou de psychiatrie,
- ◆ 2,8 postes par lit, en hôpitaux de soins aigus non universitaires,
- ◆ 4,4 postes par lit, en hôpital universitaire.

Les coûts sont proportionnels à ces effectifs : globalement, les charges de personnel des deux cliniques sont d'environ 25 % inférieures à celles des cliniques de médecine interne et de réadaptation ou des cliniques psychiatriques.

- **Résultats financiers :**

Depuis 2003, les cliniques de Joli-Mont et Montana ont :

1. respecté les budgets
2. présenté des résultats positifs
3. remboursé à l'Etat plusieurs millions d'indemnités non dépensées.

A titre d'exemple :

De 2003 à 2009, la clinique genevoise de Montana a présenté des comptes positifs. Le montant total de subventions non dépensées s'élève à plus de Fr. 3'750'000.-. Cela représente environ 8 % du montant des subventions reçues.

Ces résultats ont été obtenus grâce à une bonne maîtrise des dépenses et à la forte augmentation de la part de financement par les assureurs au profit de l'Etat. Ainsi, de 2003 à 2009, les recettes assureurs ont augmenté de 35 % en 7 ans, alors que l'indemnité de l'Etat durant la même période n'a augmenté que de 3,5 %.

- **Coût pour les assureurs :**

Malgré l'augmentation de la part de financement par les assureurs constatée au cours de ces dernières années, nos tarifs restent parmi les plus bas de Suisse pour ces partenaires.

En 2010, le coût à charge des assureurs santésuisse pour une hospitalisation en chambre commune dans nos cliniques se montait à Fr. 224.- par jour, toutes charges comprises. C'est :

- ◆ 20 % de moins que dans les cliniques de médecine interne et de réadaptation
- ◆ 15 % de moins que dans les cliniques psychiatriques de Suisse.

En résumé, ces excellents résultats financiers s'expliquent par :

1. Une organisation performante des deux établissements (du Conseil d'administration jusqu'au plus petit service), qui, en raison de leur taille, permet de réagir très rapidement
2. Des négociations très serrées avec les assureurs et avec les fournisseurs
3. Une gestion très rigoureuse de toutes les dépenses
4. Des standards de prise en charge moins élevés et moins coûteux que ceux d'autres hôpitaux de soins aigus et universitaires

4. RÉPONSE AUX ARGUMENTS DES PARTISANS DE L'INTÉGRATION DES CLINIQUES DANS LES HUG, ÉVOQUÉS DANS LE PL 10001 ET L'EXPOSÉ DES MOTIFS

4.1 Absence de convention sur les objectifs

Cette remarque était justifiée jusqu'en 2007 (date de dépôt du PL 10001). Or, depuis 2008, un contrat de prestations fixe précisément les objectifs à atteindre. Ce contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle, entre les directions des deux établissements et les représentants du DARES.

De 2008 à 2010, les cliniques ont atteint leurs objectifs tant en ce qui concerne le volume des prestations, que leur qualité et leur efficacité. A titre d'exemples, ces quelques indicateurs :

- Le taux d'occupation par rapport aux lits planifiés est supérieur à 99 %.
- Le nombre d'erreurs médicales avec des conséquences juridiques ou financières pour les cliniques est de zéro.
- Le nombre de plaintes nécessitant l'intervention de tiers (avocat, assurance RC, médiateur externe) est inférieur à 1 pour 1000 patients admis.
- L'augmentation du coût moyen d'une journée d'hospitalisation est inférieure à 2,5 % par an, donc inférieure à la moyenne suisse (3,8 % en 2009).

4.2 Absence d'autonomie dans les investissements

Les exemples sont multiples qui démontrent l'autonomie du CA et des cliniques dans les choix d'investissements. Pour ne citer que des exemples récents :

- ♦ A Joli-Mont : installation de panneaux solaires, projet de réaffectation de la maison du personnel pour l'accueil de patients âgés, etc.
- ♦ A Montana : renouvellement de la radiologie, isolation des bâtiments, extension des panneaux solaires, rénovation des entrées cliniques, etc.

4.3 Absence d'autonomie dans la gestion du personnel

Les cliniques respectent le cadre fixé par le statut du personnel des HUG et des cliniques de Joli-Mont et Montana, ainsi que par la législation genevoise (Loi B 5.05).

La marge d'autonomie des directeurs reste cependant très grande : engagement et suivi des collaborateurs, organisation du travail, gestion de l'absentéisme, politique de formation, partenariat social interne et externe (syndicats), etc.

4.4 Multiplication des structures – Doublons entre les HUG et les cliniques

Il n'y a pas de doublons entre les structures HUG et celles de nos cliniques, mais des complémentarités et des convergences d'intérêt. Voir plus haut, point 2.

Remarque : Il n'est pas rare que nos partenaires des HUG envient notre autonomie, relèvent notre pragmatisme et notre rapidité à prendre des décisions.

4.5 Conseil d'administration

Le coût annuel du CA et de ses commissions est très faible (au total environ Fr. 70'000.- par an, pour les deux cliniques). C'est dérisoire en proportion du chiffre d'affaire global des cliniques qui se monte à 33 millions.

Le CA est très proche des réalités des deux cliniques et connaît parfaitement les dossiers présentés par les directions.

L'organisation du CA reste légère et flexible : travail au sein des commissions (commission des finances et du personnel, commission médicale, commission de l'intérieur et des travaux) adaptées selon les besoins et les compétences des membres.

Le CA ou les commissions peuvent, selon les nécessités, intervenir rapidement pour apporter leur soutien ou leurs conseils aux directions.

5. CONCLUSIONS

Tant le CA que les directions des deux cliniques demeurent convaincus qu'une intégration dans les HUG ferait augmenter les coûts, par effet d'alignement sur les standards de la médecine aiguë et universitaire.

Cela est particulièrement le cas pour les dotations en personnel (pour rappel, les coûts de personnel représentent les 80 % des dépenses), mais aussi pour les équipements techniques et les ressources administratives, notamment le recours à des consultants externes que les cliniques évitent dans toute la mesure du possible.

En revanche, tant le CA que les Directions sont convaincus qu'une intégration priverait les cliniques de la capacité de s'adapter rapidement aux situations nouvelles qui se présentent. L'horizon 2012 (modification LAMal et « ouverture à la libre circulation intercantonale des patients ») exigera des cliniques de grandes capacités d'adaptation et de négociation.

Le risque pour le personnel de perdre son identification aux cliniques doit également être considéré. Cette identification et cette fierté du personnel à travailler pour la Clinique de Joli-Mont, respectivement pour celle de Montana, se reflètent par un taux de rotation particulièrement faible, un taux absentéisme inférieur à celui des autres hôpitaux, une flexibilité et une motivation qui contribuent aussi à expliquer les bons résultats de ces établissements.