

Date de dépôt : 26 mars 2019

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi constitutionnelle de M^{me} et MM. Sandro Pistis, François Baertschi, Thierry Cerutti, Francisco Valentin, Florian Gander, Pascal Spuhler, Jean-Marie Voumard, Henry Rappaz, Daniel Sormanni, Christian Decorvet, André Python, Jean-François Girardet, Danièle Magnin, Patrick Dimier modifiant la constitution de la République et canton de Genève (Cst-GE) (A 2 00) (Une aide à domicile garantie pour tous)

Rapport de majorité de M^{me} Jocelyne Haller (page 1)

Rapport de minorité de M. Pierre Conne (page 52)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé, sous la présidence de M. Bertrand Buchs, s'est penchée sur le projet de loi 12186 lors de ses séances des 7 décembre 2018, 11 janvier, 1^{er} et 15 février 2019. M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, M. Adrien Bron, directeur général de la santé, M^{me} Sabrina Cavallero, directrice de la planification et du réseau de soins, ainsi que M^{me} Anne Etienne, directrice du service juridique de la direction générale de la santé, ont accompagné ces travaux. Les procès-verbaux de séance ont été tenus avec précision et clarté tout d'abord par M^{me} Mathilde Schnegg puis par M. Sébastien Pasche. Que tous et toutes soient ici remerciés pour leurs contributions aux travaux de la commission.

Présentation du PL 12186 par M. Gander, signataire

M. Gander déclare que le MCG a déposé ce projet de loi afin de modifier la constitution du canton de Genève de telle sorte qu'il y soit garanti une couverture du déficit de l'Imad. Il relève que ce projet de loi s'inscrit dans la politique de maintien à domicile ayant pour objectif non seulement d'assurer des prestations d'aide et de soins à domicile, mais également de favoriser le recours le plus tardif possible à l'hospitalisation ou à l'institutionnalisation. Il remarque que l'Imad est en cela le pivot central de l'action de l'Etat.

Il évoque ensuite l'augmentation des besoins des personnes à mobilité réduite ou présentant des problèmes de santé, ainsi que le vieillissement de la population comme des éléments contraignant l'Etat à se doter d'outils adéquats pour faire face à de tels défis. Il souligne l'impact de ces phénomènes sur la demande de prestations d'aide et de soins à domicile et l'augmentation des charges de fonctionnement de cette dernière pour faire face aux besoins des usagers. Or celle-ci, contrainte par les limites strictes de prise en charge par la LAMal, ne peut reporter sur ses clients l'augmentation de ses coûts de fonctionnement, c'est donc vers l'Etat qu'elle doit se tourner pour conserver les moyens d'assumer la mission qui lui a été confiée.

Il remarque à cet égard qu'au contraire d'autres organismes œuvrant dans ce champ de compétences, la loi impose à l'Imad une « obligation d'admettre » qui lui impose de prendre en charge toute situation entrant dans son cahier des charges, quelles que puissent être ses ressources budgétaires. Pour les signataires de ce projet de loi, cet impératif, dont l'exécution s'apparente à une forme de service universel dans le domaine de la santé, requiert la licence particulière de la garantie de couverture du déficit.

L'auditionné considère par ailleurs qu'il y a un devoir politique à garantir à une institution de droit public telle que l'Imad les moyens de répondre aux besoins principaux de la population en matière d'aide et de soins à domicile. Il considère que l'inscription dans la constitution cantonale de ce principe permettra aux élus, et à leurs successeurs, d'avoir une base légale pour compenser les déficits auxquels l'Imad pourrait être amenée à faire face dans le futur.

Il précise enfin qu'il ne s'agit pas d'un blanc-seing pour dépenser sans retenue. Il s'agit simplement de garantir qu'une mission confiée par l'Etat à un organisme de droit public soit réalisable sans porter atteinte à la qualité et à la quantité des prestations qu'un tel organisme est appelé à dispenser.

Questions des commissaires et organisation des travaux

Un commissaire PLR voudrait savoir si l'Imad a déjà connu des crises de trésorerie. Il s'en réfère à d'autres auditions de l'Imad et indique qu'il en retire le sentiment que le problème de l'Imad n'était pas financier, et que celle-ci n'avait jamais eu de situation de budget difficile. Il relève qu'il s'agit pour lui essentiellement de problèmes de recrutement, qui s'expliquent pour lui par la « sècheresse du marché dans le domaine du soin ». Il fait état à cet égard des 25 postes vacants dans l'institution qui demeurent non pourvus. Il demande en outre pourquoi le MCG n'a pas ouvert ce projet de loi à la signature des autres groupes compte tenu de l'importance de ce sujet. Il demande en outre pourquoi ne pas être passé par leur magistrat pour modifier cet état de fait.

M. Gander confirme que l'Imad est confrontée à un problème de recrutement. Ce qui renvoie au devoir du canton de former le personnel adéquat et compétent. Il remarque que l'Imad a pris des mesures pour former plus de personnel.

En ce qui concerne le projet de loi, il s'agit essentiellement d'une démarche prospective pour prémunir l'Imad contre les risques inhérents à une augmentation de ses charges non prévisible ou non quantifiable. *« Il insiste sur le fait que la demande pour ce type de service va de plus en plus augmenter dans les dizaines d'années à venir. Il déclare qu'il s'agit donc d'une assurance ; dans le cas où la situation se péjorerait. La constitution contiendrait une règle permettant de compenser les déficits de l'Imad et permettrait d'assurer à la population des soins de qualité. »*

Sur la question de l'ouverture de ce texte à la signature d'autres groupes, ou d'une action plus directe de son magistrat, il indique ne pas être informé des raisons qui ont présidé à ce choix.

M. Bron intervient pour signaler que le département présentera ultérieurement sa position sur ce projet de loi. Il tient toutefois à préciser d'emblée que l'Imad aura épuisé ses fonds propres au terme du contrat de prestations en cours. Il atteste donc que la situation financière de l'Imad est tendue et ajoute qu'elle *« nécessite une surveillance mensuelle de sa trésorerie pour réussir à boucler l'année »*.

Un commissaire UDC demande s'il existe une procédure particulière relative aux situations de crise de l'Imad. Il demande si ce projet de loi ne risque pas d'engendrer des inégalités de traitement pour les infirmières privées du secteur. En ce qui concerne l'obligation d'admettre, qui pourrait, selon son point de vue, justifier cette garantie de couverture du déficit, il estime que *« les cas très difficiles sont transmis aux infirmières indépendantes »*. Il rappelle en outre que la garantie de financement pour les déplacements en ambulance a été

refusée, situation dans laquelle il voit une certaine analogie. Il s'interroge encore sur la pertinence de modifier la constitution pour une institution dont le cahier des charges pourrait être modifié par voie réglementaire. Il reste donc peu convaincu de l'opportunité d'introduire cette garantie de couverture du déficit pour l'Imad.

L'auditionné relève que l'Imad est l'un des principaux organismes de droit public. L'Etat doit donc à ce titre soutenir ce qu'il convient aux yeux de M. Gander de considérer comme « le bras de l'Etat » et lui assurer les moyens de remplir son office. Pour ce qui relève des infirmières privées, il remarque qu'elles « *ont en général choisi cette activité en raison des conditions de travail difficiles de l'hôpital cantonal* ».

Le même commissaire UDC lui indique que certaines personnes tiennent à leur indépendance et ne souhaitent pas travailler pour l'Etat. Il souligne que cette garantie de couverture du déficit donnera un avantage important à l'Imad et que cela affecterait également de son point de vue le libre choix du patient.

Une commissaire EAG déclare trouver intéressant ce projet de loi, eu égard principalement à la disposition relative à l'obligation d'admettre à laquelle est soumise l'Imad. Elle relève que l'on trouve déjà dans la constitution la même garantie de couverture du déficit pour deux grands organismes soumis également à l'obligation d'admettre : les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et l'Hospice général (HG). Il ne s'agit là pour elle que de garantir à des institutions, dont le volume de prestations à servir est difficilement prévisible, l'assurance de pouvoir exercer leur mandat et d'assurer une forme d'égalité de traitement dans l'accès aux prestations.

Elle souligne cependant que cette garantie, qu'elle appelle de ses vœux, ne doit pas être, comme cela a été le cas à diverses reprises dans le passé, l'opportunité de procéder à des subterfuges douteux de sous-évaluation budgétaire en spéculant indûment sur la garantie constitutionnelle de couverture du déficit. Elle fait là référence à une grande institution de la place à qui l'Etat avait imposé ce genre de pratiques et qui s'était vu ensuite reprocher une pseudo-incapacité d'anticipation.

Elle estime donc qu'une garantie de couverture du déficit d'un organisme ne dispense en aucun cas celui-ci de l'obligation de faire preuve de la plus grande rigueur budgétaire possible. Elle suggère d'entendre l'Imad sur le PL 12186 et les organisations du personnel, ces dernières plus particulièrement sur la question des problèmes de recrutement.

Sur la question des sous-évaluations budgétaires, l'auditionné répond que l'on dispose désormais dans notre canton de l'outil de la Cour des comptes, qui peut le cas échéant se charger de contrôler si les budgets sont adéquats et

proposer des améliorations en cas d'erreur. Il constate que l'Etat dispose de garde-fous pour éviter les abus.

La commissaire en question relève qu'en l'occurrence le risque d'abus auquel elle se réfère émanait de l'Etat.

Le président énonce la teneur de l'article 215 de la constitution genevoise concernant le financement de l'HG, notamment l'art. 215, alinéa 3 :

« *Art. 215 Financement*

³ Le canton garantit les prestations de l'Hospice général. Il lui donne les moyens d'accomplir ses tâches et couvre ses excédents de charges par un crédit porté chaque année au budget cantonal. »

Une commissaire PDC indique avoir été infirmière indépendante et présidente de la Coopérative des infirmières indépendantes durant plusieurs années. Elle informe que celles-ci n'ont pas nécessairement de meilleur salaire pour moins d'heures que lorsqu'elles travaillent aux HUG. Elle précise qu'elles assument leurs conditions de travail découlant de leur statut d'indépendantes. Elle signale que les infirmières indépendantes ont systématiquement une expérience en milieu hospitalier. Ce qui lui paraît indispensable pour qu'elles puissent faire face seules à toutes les situations auxquelles on risque d'être confronté à domicile.

Un député PLR remarque que le projet de loi tend de fait à dupliquer ce qui existe déjà à l'article 174 de la constitution en ce qui concerne les HUG.

L'auditionné rétorque que la proposition du PL 12186 vient compléter cette disposition, mais qu'elle diffère quelque peu.

Le président donne lecture de l'article 174 de la constitution genevoise :

« *Art. 174 Etablissements publics médicaux*

¹ Les établissements médicaux de droit public fournissent, selon leurs spécificités, des prestations de soins, d'enseignement et de recherche.

² Le déficit d'exploitation des établissements médicaux de droit public est couvert par une subvention portée chaque année au budget de l'Etat. »

M. Bron présente la position du département en précisant d'emblée que celui-ci soutient ce projet de loi. Il considère que ce texte complète les dispositions similaires relatives aux HUG et à l'HG. Il vise à affranchir l'accès aux prestations sociales ou médicales des aléas budgétaires. Sur le fond, il précise que l'Imad est soumise aux contraintes de la loi fédérale et que le canton est tenu de pourvoir au financement résiduel des prestations non couvertes par la LAMal dans le cadre de prescriptions médicales.

Il relève que le fait pour l'Imad d'être placée sous le régime de l'obligation d'admettre devrait être assorti de l'assurance de pouvoir faire face à ses

charges sans devoir être constamment obnubilée par l'éventualité de devoir procéder à des restrictions.

Il remarque que dans ce domaine l'anticipation n'est pas aisée. Les adaptations budgétaires ne peuvent dans un tel cadre intégrer un certain nombre d'impondérables relatifs à l'évolution du réseau de soins et des besoins en matière de santé. Il fait référence à une année d'activité de l'Imad qui a connu une augmentation de 8% des heures de soins.

Il souligne qu'il ne s'agit pas en l'occurrence d'entrer dans une logique d'inflation des prestations, mais de veiller à répondre aux exigences légales et à l'impératif de délivrer des prestations de qualité. Il relève que la dynamique de « gestion de la pénurie » n'est pas un mode judicieux de gestion ; elle induit des lacunes au comblement desquelles s'épuisent les institutions. Etre assuré de voir les charges fondées de l'exercice de son mandat couvertes apporte de fait de « la fluidité et de l'efficacité » à l'institution. Il précise qu'il ne s'agirait en aucun cas « d'une incitation au relâchement de la rigueur. »

Il revient sur l'obligation d'admettre qui fait la différence entre les organismes publics et privés, ces derniers n'étant pas soumis à cet impératif. Concernant la déclaration préalable d'un commissaire UDC, il demande à recevoir des informations précises concernant les situations dont l'Imad se serait déchargée sur le secteur privé. Il est conscient que de telles situations peuvent se présenter, mais à sa connaissance la situation inverse est beaucoup plus fréquente. Il indique par ailleurs que le secteur privé est à la limite de ses possibilités et renvoie actuellement les patients qu'il ne peut prendre en charge vers la ligne d'appel de l'Imad.

Un commissaire UDC suggère d'entendre les structures privées pour en savoir plus. Il insiste sur le fait qu'à sa connaissance « *l'Imad refuse de se rendre chez certains patients qui sont violents, et se décharge alors vers le privé. Il ajoute qu'une partie des infirmières indépendantes viennent de l'Imad et arrivent mieux à gérer ce type de patients* ». Il ajoute par ailleurs que « *l'action sociale a pour vocation d'être déficitaire* » car de fait elle ne facture pas ses prestations destinées aux personnes en difficulté. Ce qui n'est pas par nature le cas dans le domaine de la santé et pour les prestations de l'Imad en l'occurrence. Ce qui leur permet, à ses yeux, d'avoir une marge bénéficiaire assez large. Il relève par exemple que l'Imad facture chaque déplacement 70 F selon les prescriptions LAMal.

Le même député expose que les infirmières privées doivent facturer leurs prestations en sous-délégation médicale dans un système relativement complexe. Elles doivent assurer un équilibre financier qui leur permette de vivre de leur activité. Il ajoute que les personnes à l'aide sociale verront leurs

factures Imad payées par l'HG. Il voit donc une certaine logique à couvrir les déficits budgétaires de l'HG. Il estime en revanche que donner la même garantie à l'Imad reviendrait à lui signer un chèque en blanc et à « *favoriser un jeu sur les déficits et la fuite de capitaux* ».

Le député en question déclare que les cadres de l'Imad sont voués à gérer la situation et à faire des prévisions fiables. Il estime que l'autofinancement est un gage d'autonomie et qu'une garantie de couverture du déficit irait en sens contraire.

Le président relève que les HUG perçoivent des subventions et facturent néanmoins leurs prestations, ce qui ne s'exclut donc pas. Il remarque que si l'on s'en tenait au raisonnement du commissaire qui s'est exprimé précédemment, il faudrait alors supprimer la garantie de couverture du déficit des HUG.

Le commissaire UDC remarque que l'argent qui serait investi à ce titre aux HUG serait soustrait. Il pourrait alors être alloué au secteur social qu'il estime mal doté. Il souligne en outre que les HUG facturent leurs prestations, et qu'ils disposent d'un secteur privé. Il y voit donc là une forme de subventionnement à des activités privées.

Un commissaire PLR, en réponse à la proposition du président de déterminer si la commission souhaite effectuer des auditions, demande de procéder immédiatement au vote sur l'entrée en matière.

Une commissaire EAG s'y oppose en arguant que l'usage de procéder aux auditions avant le vote d'entrée en matière permet aux commissaires de se déterminer en connaissance de cause.

Le président abonde en ce sens et rappelle quelques occurrences. Le commissaire PLR rétorque que le vote d'entrée en matière sert à déterminer « *si le sujet est d'importance politique* » avant de débiter les travaux.

Vote

Le président met aux voix l'entrée en matière sur le PL 12186 :

Oui :	unanimité
Non :	0
Abstentions :	0

L'entrée en matière sur le PL 12186 est acceptée à l'unanimité.

Le président met aux voix l'audition de l'Imad :

Oui : unanimité

Non : 0

Abstentions : 0

L'audition de l'Imad est acceptée à l'unanimité.

Une commissaire PLR propose l'audition de la présidente du Groupement des services privés d'aide et de soins à domicile, M^{me} Kaufeler Bornet.

Le président met aux voix l'audition de la présidente du Groupement des services privés d'aide et de soins à domicile, M^{me} Kaufeler Bornet :

Oui : unanimité

Non : 0

Abstentions : 0

L'audition de la présidente du Groupement des services privés d'aide et de soins à domicile, M^{me} Kaufeler Bornet, est acceptée à l'unanimité.

Le président propose le vote sur l'audition des syndicats du personnel de l'Imad.

Un commissaire UDC déclare ne pas comprendre la pertinence de cette demande d'audition sur l'objet de ce projet de loi.

Le président lui indique que la récurrence du problème des déplacements affecte les conditions de travail et que l'Imad doit puiser dans ses fonds propres pour couvrir cet élément incontournable de son fonctionnement.

Une commissaire EAG ajoute que les conditions budgétaires ont des incidences directes sur les conditions de travail du personnel et des conséquences directes sur les prestations. Elle est en outre curieuse d'entendre les organisations du personnel sur la problématique des difficultés de recrutement de l'Imad.

Un commissaire MCG renchérit en relevant que les infirmières indépendantes vont être auditionnées alors qu'elles ne sont pas directement touchées par ce projet de loi, et qu'il comprendrait dès lors mal que l'on refuse d'entendre les représentants du personnel de l'Imad sur leurs conditions de travail et les incidences budgétaires sur ces dernières.

Le président met aux voix l'audition du syndicat du personnel de l'Imad :

Oui :	9 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 MCG)
Non :	3 (3 PLR)
Abstentions :	2 (1 PLR, 1 UDC)

L'audition du syndicat du personnel de l'Imad est acceptée.

Une commissaire PDC estime que l'audition des infirmières privées à l'occasion de l'examen de ce projet de loi est logique en lien avec les contrats de prestations.

Un commissaire PLR propose de commencer par l'audition du Conseil d'Etat et d'entendre le ministre chargé de l'HG afin de prendre connaissance des effets concrets et des mécanismes de fonctionnement d'une garantie constitutionnelle de couverture du déficit.

Le président suggère de s'adresser au Conseil d'Etat, qui désignera la ou les personnes qui lui paraîtront les plus adéquates.

Une commissaire Verte propose d'entendre un Constituant pour avoir une lecture constitutionnelle de ce projet de loi.

Un commissaire UDC fait remarquer à la députée en question que deux anciens Constituants siègent actuellement dans cette commission de la santé. Pour sa part, il fait état de discussions dans son souvenir relatives aux garanties de couverture du déficit d'où il ressort qu'il a été décidé de ne pas en attribuer à l'Imad.

La commissaire Verte précise qu'elle suggérerait d'auditionner un Constituant non membre de cette commission.

Le président indique qu'il serait difficile de déterminer quel Constituant serait légitimé à s'exprimer sur cette question, connaissant les oppositions des groupes en présence. Il relève par ailleurs que les débats de la commission tendent à s'éloigner du projet de loi qui devrait l'occuper.

Saisissant l'opportunité de l'arrivée du conseiller d'Etat Mauro Poggia, le président lui demande de s'exprimer sur le PL 12186 et renvoie à plus tard la prise de position sur l'audition d'un Constituant.

M. Poggia répond qu'avant qu'il ne puisse s'exprimer sur ce projet de loi, le Conseil d'Etat devrait formellement prendre position. Il informe toutefois la commission que le Conseil d'Etat a déjà abordé le sujet. Lui-même pensait que le Conseil d'Etat aurait pu initialement être porteur d'un tel projet. Ce dernier a toutefois estimé qu'il n'entraînait pas dans ses attributions, sauf exception, de

proposer des projets de lois constitutionnelles et qu'il appartenait au parlement de venir avec une proposition de ce genre. Il précise à cet égard « *que les modifications constitutionnelles découlent souvent d'initiatives populaires ou du parlement, mais rarement du Conseil d'Etat* ».

D'un point de vue personnel, en tant que magistrat anciennement à la tête de l'action sociale, il constate que ce PL ne changera pas les obligations financières de l'Etat vis-à-vis de l'Imad. Il précise que celle-ci a eu des difficultés et fait des demandes de crédits supplémentaires. Il souligne qu'une majorité de la commission des finances les a soutenues. A propos de la crainte que cette garantie de couverture du déficit soit perçue comme un « chèque en blanc », il atteste que tel n'est pas le cas aux HUG.

Il souligne que l'Imad est le pendant « extrahospitalier » ou « domiciliaire » des HUG, soumise comme ces derniers à une obligation d'admettre 24 heures sur 24, 365 jours sur 365. Il rappelle que cette obligation lui est imposée par l'Etat dans son contrat de prestations. « *Il remarque qu'il semble illogique de lui imposer une tâche pour ensuite lui dire de se débrouiller.* » M. Poggia précise que lorsqu'une tâche engendre des coûts, cela implique que celui qui l'impose assume ces derniers, excepté ce qui est facturé par la LAMal ou payé par les clients. « *Il conclut que le coût résiduel doit donc être pris en charge par le canton et constate qu'il semble juste que la règle appliquée aux HUG s'applique aussi à l'Imad.* »

Concernant la position du Conseil d'Etat, il doute que ce dernier souhaite débattre de la question compte tenu du fait qu'il estime que c'est plutôt au parlement de venir avec ce type de proposition.

Le président insiste pour obtenir un positionnement du Conseil d'Etat. M. Poggia indique qu'il inscrira ce point à l'ordre du jour de ce dernier.

Un commissaire socialiste propose d'entendre la coopérative des infirmières indépendantes.

Audition de M. Moreno Sella, président du conseil d'administration, et M^{me} Marie Da Roxa, directrice générale, Imad

M. Sella remercie la commission pour cette audition et rappelle le contexte dans lequel intervient l'Imad. Cette dernière emploie 2300 employés et gère un budget annuel de 260 millions de francs, dont 90% sont consacrés aux ressources humaines. Il rappelle l'obligation d'admettre qui caractérise son activité. Il souligne que les tarifs d'intervention sont bloqués depuis 2011. Il note par ailleurs que les travaux y relatifs au niveau national n'augurent pas une amélioration de cette situation. Cela, alors que la masse salariale augmente. Il précise que les heures de déplacement (soit 330 000 heures par

année) ne sont pas remboursées par la LAMal. Il relève ensuite que le personnel de l'Imad est soumis à la loi B 5 05. Or, si cette dernière comporte des règles qui s'appliquent au personnel administratif, ce n'est pas vraiment le cas pour du personnel en service 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ce qui est problématique et induit des coûts particuliers.

M. Sella souligne que l'Imad n'est propriétaire d'aucun actif. Elle loue tous les locaux qu'elle occupe. Cette situation ne lui donne donc pas l'opportunité d'aller sur les marchés de capitaux. Il précise que tous leurs fonds propres ont été utilisés pour absorber les déficits depuis 2015, et notamment pour rétablir la situation en 2019 et éviter la cessation de paiement. Il précise que ces opérations ont « *été validées par le contrat de prestations déficitaire* ».

M. Sella signale que l'Imad est désormais à flot mais que la problématique de la trésorerie à flux tendu n'est pas réglée. Il ajoute qu'ils ne maîtrisent ni les tarifs de la LAMal ni les salaires. Il relève enfin que, lorsque l'Etat vote une augmentation des salaires, cela se répercute directement sur 90% de leur budget.

Il relève encore la contrainte que représente l'obligation d'admettre, et le fait que l'Imad a connu ces dernières années une augmentation du nombre de situations de clients difficiles. Ce qui alourdit particulièrement ses tâches.

M^{me} Da Roxa intervient sur la question du financement résiduel, en rappelant qu'il a été introduit par la LAMal en 2011. Elle traduit en disant que la LAMal définit ce qu'elle prend en charge et qu'ensuite le client et le canton paient la différence. Elle indique que le blocage des tarifs depuis 2011 – qui affecte toutes les organisations de soins à domicile – induit des effets importants sur les prises en charge (notamment les temps chronométrés). Le canton se trouve donc à devoir prendre en charge le financement résiduel. Un certain nombre d'organisations privées se sont également vu octroyer un financement résiduel conformément au droit fédéral.

M^{me} Da Roxa établit ensuite un parallèle avec les crèches. Elle remarque que pour ces dernières des listes d'attente peuvent être constituées, ce qui ne peut être le cas pour les HUG ou l'Imad. Elle relève que 53,5% de leurs clients ont plus de 80 ans, qu'il peut arriver que des équipes soient confrontées à 5 décès par semaine, et que la surcharge administrative « *ne soit pas en reste* ».

M^{me} Da Roxa « *rappelle que, depuis 4 ans, il y a plus de 4% d'augmentation chaque année de la population qui doit recevoir des prestations 6/7 ou 7/7, avec un surcoût de 7,55 F par heure, le samedi et le dimanche ou entre 19h et 6h. Elle observe que c'est la noblesse de l'Imad que de prendre en charge ce qui coûte cher et ce qui est complexe et difficile, mais que cela signifie aussi qu'il y a des tendances de fond qui sont en train de se*

faire ressentir au niveau du réseau de soins ». Elle cite à cet égard les évolutions du Tarmed, et des DRG, de nouvelles tendances qui les amènent à intervenir de plus en plus fréquemment dans le cadre scolaire pour faire de l'information/enseignement auprès de jeunes diabétiques ou dans le domaine du handicap, où les effets des politiques de désinstitutionnalisation supposent un accroissement de l'intervention à domicile. Elle conclut que ce sont l'obligation d'admettre et la préoccupation du principe d'égalité de traitement qui ont conduit le Grand Conseil à transformer la fondation privée Imad en un établissement public autonome.

M^{me} Da Roxa indique que le vote du budget 2019 leur permet de vivre cette nouvelle année de manière plus sereine et elle en remercie le Grand Conseil. Elle inclut la question des mécanismes salariaux. Elle rappelle qu'il y a des effets de levier monumentaux impossibles à reporter sur les tarifs puisque ces derniers sont bloqués en grande partie au niveau fédéral et qu'il y a en outre un report sur les PC pour une partie de ces derniers. *« Elle ajoute qu'il y a un contrat de prestations qui fixe des règles, mais qu'il y a eu un certain nombre de décalages entre ce qui a été signé et ce qui est voté année après année. »* Elle constate que si l'on considère les heures prescriptibles de la LAMal comme unique indicateur, l'on néglige toutes les situations complexes et les tâches de coordination. Toutes choses qui sont indispensables à une intervention intégrée et de qualité.

Elle déclare que le conseil d'administration de l'Imad est favorable au PL 12186, en considérant qu'en aucun cas une garantie de couverture constitutionnelle ne pourrait constituer un chèque en blanc. Elle signale qu'elle n'a, dans sa longue carrière, vu les HUG avoir recours à cette garantie qu'en une seule occurrence. Elle juge *« qu'il y a clairement des conditions à respecter, mais qu'il s'agit avant tout d'une possibilité de travailler avec plus de sérénité pour une entité comme l'Imad, avec ses enjeux et son fonctionnement spécifique »*.

Questions et discussion

Un commissaire socialiste demande ce qui changerait pratiquement avec cette nouvelle disposition et si l'Etat ne comblait pas déjà, le cas échéant, d'éventuels déficits.

M^{me} Da Roxa explique qu'avant les divers changements intervenus au niveau de la commission des finances, du Conseil d'Etat et du Grand Conseil, on demandait à l'Imad de présenter un budget équilibré. Ce que l'institution s'est attachée à faire. Or, compte tenu du déficit structurel que doit supporter l'Imad, un tel a priori supposait soit la réduction, soit la suppression de

certaines prestations. Elle se réfère pour l'exemple à un autre projet de loi sur l'accueil d'enfants à besoins spécifiques durant la journée. Elle remarque que, lorsque l'on applique les dispositions prévues, l'on n'est plus dans le rythme du contrat de prestations, ni dans celui du budget annuel. Elle estime qu'il convient donc de poser des règles de jeu pour le budget annuel, mais qu'on doit aussi pouvoir prendre en compte ce qui peut arriver par la suite et accepter des dépassements, sans qu'il y ait un tollé lorsqu'il y a un déficit qui s'impose.

M. Sella précise également qu'il y a, dans l'intérêt qu'ils manifestent pour le PL 12186, une opportunité d'optimiser le fonctionnement de l'Imad. Actuellement, *« plusieurs cadres supérieurs passent quasiment leur année à faire du budget et, pendant ce temps, l'on ne peut pas les employer pour faire autre chose »*.

Un commissaire UDC revient sur la mention par les auditionnés des remboursements LAMal et des parts prises en charge par les clients et le canton. Il lui semble que certaines prestations peuvent être facturées sous délégation médicale, notamment le semainier qui est à 21,60 F au niveau LAMal, mais à 70 F en délégation médicale. Par analogie, il considère donc qu'il y a un certain nombre de frais de déplacement qui sont payés au travers de ce type de délégation de compétences du médecin.

M^{me} Da Roxa souligne que les 70 F représentent une heure de prestations infirmières alors que la préparation du semainier ne dure que 10 minutes.

Le même commissaire UDC demande pourquoi la préparation du semainier n'est pas facturée au tarif LAMal.

M^{me} Da Roxa lui répond qu'ils ont des tarifications et chronométrages à respecter. Elle précise que si certaines organisations facturent leurs prestations selon le Tarmed, ce n'est pas le cas de l'Imad qui n'emploie pas de médecins. Elle indique que les préparations de semainiers ne concernent que les situations pour lesquelles l'Imad opère une surveillance de la compliance du patient à suivre son traitement ou alors s'il y a des risques d'effets secondaires. Elle relève *« que le calcul montre que l'on ne compte ni les déplacements, ni la coordination qu'ils devraient faire potentiellement avec le médecin et le pharmacien »*.

Le commissaire UDC déclare que lorsqu'il y a une détérioration de l'état psychologique d'une personne et de la relation avec celle-ci, il est pertinent que l'infirmière sollicite le pharmacien afin qu'il prenne le relais pour la préparation du semainier.

M^{me} Da Roxa estime que le travail interdisciplinaire est bénéfique pour tous. A plus forte raison que même en situation d'obligation d'admettre, parfois des transferts de situations sont indiqués après concertation avec le

médecin traitant. Elle explique qu'il s'agit en l'occurrence de situations particulièrement complexes pour lesquelles nombre de professionnels ont épuisé leurs limites. Elle signale certains cas de personnes présentant des problèmes soit psychiques soit d'addiction qui « tournent » ainsi de service en service. Enfin, elle insiste sur le fait que l'obligation d'admettre ne doit pas être le prétexte à accepter ce qui ne peut l'être. L'Imad doit pouvoir mettre des limites et préserver l'intégrité et le respect de ses collaborateurs.

Toujours le même commissaire UDC « se demande par ailleurs si le fait qu'il y ait une part remboursée et une autre subventionnée tend vers le risque d'un mélange des genres ; il pense que la part sociale de la prestation devrait peut-être être transférée à l'Hospice général, dans le but notamment de mieux appréhender la paupérisation de la population. »

M^{me} Da Roxa indique qu'ils apprécieraient de « *refactorer certaines prestations à l'HG ou aux communes mais qu'il reste difficile de trouver des interlocuteurs pour faire l'interface santé/social* ». Elle observe que l'Imad ne dispose que de quatre assistants sociaux pour 18 000 clients suivis. Elle mentionne ensuite l'unité des urgences médico-sociales (UMUS) qui assure une permanence téléphonique et d'intervention 24 heures sur 24. Elle admet que le rattachement de cette unité à l'Imad peut être discuté. Elle mentionne encore les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) qui assurent un soutien administratif pour les locataires de ces structures. Elle remarque que Pro Senectute est un interlocuteur qui entre actuellement en puissance pour l'aide administrative et sociale à domicile pour les personnes âgées. Elle ne voit pas d'autres composantes de prestations sociales qu'il serait possible de reporter ailleurs.

Elle insiste sur le fait que les aides pratiques de confort ont été éliminées des prestations de l'Imad, dont les prises en charge sont évaluées par l'outil RAI – évaluation sur laquelle se basent les décisions d'intervention.

Le commissaire UDC explique qu'il se référerait aux tâches sociales que l'Imad remplit par défaut.

M^{me} Da Roxa ajoute que l'Imad dispose d'une comptabilité analytique qui permet une clarification des flux. Cela vaut également pour les prestations sociales. Elle précise toutefois que ce qui est fait aujourd'hui est fondé sur les nécessités que présentent leurs clients.

Un commissaire PLR se demande si l'article constitutionnel proposé va réellement aider à résoudre les problèmes d'anticipation de l'augmentation des besoins. Il estime en l'état légitime de solliciter des crédits supplémentaires en cas de besoin. Il en vient à penser que le projet de loi pourrait être « suffisant » et que le problème majeur relèverait plutôt du processus budgétaire. Il estime

qu'il serait judicieux d'envisager une autre forme de financement des établissements publics autonomes.

M^{me} Da Roxa l'informe du fait que l'année 2018 s'est montrée particulièrement difficile en termes d'investissements. Il n'a dès lors pas été aisé d'établir un budget équilibré, pas plus que de le documenter et de l'expliquer clairement compte tenu de toutes les inconnues endogènes et exogènes auxquelles doit faire face l'Imad. Elle répète les contraintes auxquelles est soumise l'Imad : obligation d'admettre, mécanismes salariaux non intégralement couverts, tarifs LAMal bloqués depuis 2011, etc. Elle considère que les injonctions qui en découlent enravent le fonctionnement de l'Imad. Elle estime que si l'Imad, en tant que telle, avait été créée avant les travaux de la Constituante, la question de la garantie constitutionnelle du déficit aurait été abordée en même temps que celles de l'HG et des HUG. Pour elle, cette garantie de couverture du déficit assure à l'institution une certaine sérénité lorsqu'elle doit affronter de notables variations du volume de prestations à servir. Ce mécanisme permet également à ses yeux de poser une fois pour toutes le principe d'équité de traitement dû à leurs clients.

Une commissaire PDC voudrait connaître les critères qui président à la répartition des tâches entre les services privés et l'Imad, de même que s'il y a des clients qui désirent se passer des services de l'Imad, et le cas échéant pour quels motifs. Enfin, elle s'interroge sur le sort des infirmières scolaires puisque les infirmières de l'Imad interviennent en milieu scolaire.

M^{me} Da Roxa lui répond que la répartition se fait de manière naturelle compte tenu de la liberté de choix du patient et des habitudes de collaboration de tel ou tel médecin. En revanche, la question est plus délicate pour les situations complexes nécessitant des interventions d'urgence le week-end ou la nuit. Elle explique qu'à diverses reprises ils ont été sollicités par des organismes privés pour réaliser des « interventions croisées », à savoir des prises en charge conjointes, la semaine pour les organismes en question et le week-end pour l'Imad. Or, ceci est interdit par la LAMal, ils ont donc dû adresser une fin de non-recevoir à ces organismes.

Elle explique que la répartition au niveau des heures prestées LAMal est répartie à raison de 2/3 pour l'Imad et 1/3 pour les autres organismes. « *Par ailleurs, elle souligne que l'on entend souvent que des gens quittent l'Imad à cause d'un gros tournus sur les intervenants ; elle explique qu'une étude a néanmoins montré que le tournus dans les organismes privés est pourtant le même.* » Elle ajoute que l'obligation d'admettre interfère systématiquement dans la régularité des horaires et dans la constance des intervenants.

En ce qui concerne les infirmières scolaires, leur présence a été diminuée. Il n'y en a plus une par école. Or, compte tenu du fait que l'on se trouve à l'aube de ce qu'elle considère comme une épidémie de diabète chez les enfants, l'Imad est régulièrement interpellée pour intervenir dans les écoles auprès d'enfants concernés par cette pathologie. Ce qui suppose 2 à 3 interventions par semaine durant jusqu'à deux ans pour que l'enfant apprenne à gérer tous les aspects de sa maladie. Elle signale que cette action est indispensable car les enfants ne pourront être acceptés à l'école que si la prise en charge médicale est assurée. Elle n'est pas convaincue que ce soit à l'Imad d'assumer cette tâche, mais en l'occurrence c'est elle qui assume cette tâche pour le moment.

La commissaire PDC en déduit que cela ne fait pas partie du contrat de prestations de l'Imad. Ce que lui confirme M^{me} Da Roxa, qui lui fait remarquer cependant que cela découle de l'obligation d'admettre.

Une commissaire EAG s'interroge sur qui serait mieux à même d'intervenir dans cette problématique. Elle pense qu'il s'agit moins d'une question de délégation de compétences que d'une décision politique. Elle revient sur les propos de M^{me} Da Roxa relatifs à l'augmentation de la charge de l'Imad découlant d'une nouvelle dynamique de désinstitutionnalisation des personnes en situation de handicap. Elle demande à M^{me} Da Roxa s'il s'agit réellement d'une politique de désinstitutionnalisation ou plutôt d'une lacune de places en institution.

M^{me} Da Roxa constate qu'il y a un peu des deux. Des places pour les enfants jusqu'à 18 ans font défaut, mais par ailleurs certaines personnes tétraplégiques peuvent maintenant rester à domicile alors que cela était impossible il y a 10 ans.

La même commissaire évoque le risque de spéculation sur la garantie constitutionnelle pour sous-évaluer les budgets. Elle se demande s'il ne serait pas possible de préciser que la volonté du législateur consiste à laisser aux instances concernées la latitude nécessaire pour définir leurs budgets.

M^{me} Da Roxa lui fait remarquer que, quel que soit le système, elle n'est pas certaine que l'on puisse évacuer la problématique des sous-évaluations de budgets.

Une commissaire Verte voudrait comprendre pourquoi l'on ne pourrait pas élargir l'offre des infirmières en milieu scolaire, et si concernant les personnes en situation de handicap ce sont les institutions ou les familles qui requièrent l'intervention de l'Imad. Elle demande encore si les assistants sociaux de l'Imad renseignent les clients sur l'opportunité de solliciter l'AI ou des contributions d'assistance ou s'ils les orientent sur d'autres services. Enfin, en matière d'interface santé/social, elle relève que des liens sont établis entre le

département de la santé et celui de la cohésion sociale et elle s'inquiète de savoir si M^{me} Da Roxa est associée à ces discussions et ce qu'elle en pense.

M^{me} Da Roxa « souligne que la couverture entre 12h et 14h et pendant les camps de vacances est absente au niveau des prestations fournies par les infirmières scolaires par manque d'effectifs. Elle relève que le SSEJ établit un PAI qui conditionne la scolarisation de l'enfant en milieu scolaire. Elle précise que c'est souvent l'Imad qui intervient en milieu scolaire et que ce sont les médecins ou les HUG qui prescrivent l'intervention de l'Imad. »

« Concernant les contributions d'assistance, Pro Infirmis fournit un grand travail, et pour les allocations d'impotence, elle indique que Pro Senectute fait aussi pas mal de travail, alors que les infirmières de l'Imad font également, à charge de la subvention et de l'obligation d'admettre, tout ce qui relève des questionnaires d'évaluation et des aspects cliniques pour que l'AI puisse être obtenue. Elle ajoute que les médecins sont rémunérés pour cela, mais pas les infirmières. Elle indique enfin qu'ils ne participent pas aux réunions interdépartementales mentionnées par M^{me} de Chastonay. »

Un commissaire MCG comprend de cette audition que le financement des communes est inexistant, alors qu'il a vu des rapports établissant clairement le nombre de clients par communes. Il s'interroge aussi sur la question des conditions de travail du personnel et sa rémunération, notamment pour ce qui concerne le travail de nuit.

M^{me} Da Roxa lui indique qu'il est limité aux locaux occupés par l'Imad et que la bascule se fait au niveau du fonds de péréquation. Il n'y a donc aucun flux direct entre les communes et l'Imad. Cette dernière collabore positivement avec un certain nombre de communes tant sur le plan individuel que communautaire, mais cela sans flux financiers.

Sur la question des rémunérations, M^{me} Da Roxa pense qu'elles sont convenables à l'Imad, mais que lorsque l'on travaille dans ce genre de métiers l'on doit faire face à des horaires irréguliers et que cela pose des problèmes de conciliation avec la vie familiale. A l'Imad, 82% du personnel travaille à temps partiel, mais elle constate que cela ne suffit pas.

Une commissaire socialiste désire savoir si le gain de sérénité que mentionne M^{me} Da Roxa, par rapport au vote de ce projet de loi, permettrait des économies chiffrées.

Celle-ci indique que « la structure de pilotage connaît un taux d'encadrement très faible. Par conséquent le budget occupe énormément de temps à la direction de l'Imad. Elle pense qu'il y a des périodes où plus de 80% du temps est consacré à résoudre les mécanismes salariaux. Elle ajoute que

cela ne touche néanmoins pas seulement l'Imad mais aussi d'autres partenaires du réseau et la DGS. »

M. Sella renchérit en relevant que « lorsque le Conseil d'Etat a demandé un budget à l'équilibre, cela a passé nécessairement par une élimination de certaines prestations, ce qui pose évidemment de lourds problèmes ».

Le président demande d'où venaient les fonds propres précédemment mentionnés par M^{me} Da Roxa.

Cette dernière explique que l'Imad n'a pas de fonds propres. Ce dont elle a disposé lui est venu de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD). Lorsque la FSASD a été créée en 1999, elle a hérité d'un « trou » résultant du transfert des infirmières du Service d'aide et de soins communautaires (SASCOM) à hauteur de 5 millions. Elle précise qu'ensuite il y a eu des contrats de prestations et des augmentations alors que le système LAMal 2011 n'existait pas encore. C'est alors que la FSASD a pu constituer des fonds propres grâce à un non dépensé de près d'un million. Elle précise en outre que l'Imad a été constituée avec 100 000 F de capital de dotation.

Enfin, M. Sella met en évidence que le Grand Conseil a voté pour l'Imad un contrat de prestations déficitaire pour la période 2015-2019.

Audition de M^{me} Dominique Kaufeler Bornet, directrice de la Coopérative de soins infirmiers (CSI)

M^{me} Kaufeler Bornet explique que la CSI existe depuis 33 ans. Pour sa part, elle précise que si elle vient aujourd'hui en tant que directrice de la CSI, elle s'exprimera également au titre de présidente du groupement de services privés d'aide à domicile à Genève. Il s'agit d'un groupement créé en 2009 qui comprend actuellement six services. Elle précise que cinq de ces derniers sont membres de l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS). Elle ajoute qu'ils sont membres de la commission de coordination du réseau de soins, qu'elle représente elle-même le groupement. Enfin qu'ils sont signataires de la charte de collaboration et que trois services supplémentaires sont en cours d'adhésion.

Elle indique ensuite que *« la CSI est une coopérative d'infirmières indépendantes qui fournit des soins à domicile pour des patients de tous âges. Elle indique qu'il y a aussi, au sein du groupement, My private Care qui offre des prestations de soins à titre privé (pas au tarif LAMal), Permed qui fournit aussi des soins selon la LAMal, Presti-Services, Sitex qui fournit notamment des prestations dans le cadre d'hospitalisations à domicile et Spitex Ville et Campagne qui fournit des soins de base LAMal. Elle ajoute que les clients peuvent être pris en soins 7j/7 et 24h/24, en fonction des disponibilités des services. Elle indique qu'au niveau de la CSI, avec 50 infirmières*

indépendantes, ils sont obligés de refuser des prestations par manque de disponibilités. Elle indique que les clients sont de tous les âges, qu'ils prennent des patients de toutes capacités financières et qu'ils travaillent dans l'ensemble du canton (deux services travaillent en outre à l'extérieur du canton également) ».

M^{me} Kaufeler Bornet explique que toutes les prestations des catégories a, b et c de la LAMal sont fournies à leurs patients sur Genève. De même que les prestations d'assistance, d'aide au ménage, de préparation des repas ou encore d'accompagnement. Elle signale que les différents organismes privés de soins ont effectué au total 306 032 heures de soins en 2017. Elle précise que ce sont les ordonnances sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) 7C qui constituent le gros des heures effectuées par les services, ce qui représente les soins de base. Elle relève qu'ils effectuent aussi des soins aigus de transition (SAT), mais que les cas sont de moins en moins fréquents. Elle remarque donc que, tous services privés confondus, ils parviennent à assurer près de la moitié des heures réalisées par l'Imad sur une année. Elle en conclut qu'en dépit de leur taille, ces services participent activement à la délivrance des prestations de soins dans le canton.

M^{me} Kaufeler Bornet mentionne que la facturation des heures de soins aux tarifs LAMal est leur première source de profit. *« Elle précise qu'il y a trois types de soins, que l'unité de temps est de 5 minutes, qu'ils sont tributaires des données temporelles fixées au niveau fédéral et par les assureurs et qu'ils n'ont pas de facturation pour les heures de déplacement, ce qui complexifie leur travail. Elle explique que la CSI résout cela en attribuant les situations en fonction des lieux de domicile des infirmières. Elle indique par ailleurs qu'il n'y a pas de majoration pour les heures effectuées les week-ends, la nuit et les jours fériés. Elle relève en outre qu'il n'y a aucune adaptation possible des tarifs. Elle aborde ensuite la facturation de la contribution du patient, plafonnée à 8 F par jour et adaptée au RDU ; elle observe que cette contribution pourrait cependant aller jusqu'à 15,95 F par jour (20% du tarif OPAS 7a) ; elle évoque en outre le financement résiduel de l'Etat et explique que la CSI reçoit donc ce financement résiduel de la part de l'Etat. »*

Elle indique ensuite que seuls deux organismes au sein du groupement bénéficient d'un contrat de prestations : Sitex et la CSI. Elle complète en indiquant que Presti-Services bénéficie du financement résiduel depuis 2018, alors que deux autres sont encore en attente de ce financement.

M^{me} Kaufeler Bornet précise que la CSI est une coopérative indépendante d'un modèle unique en Suisse. Elle compte 50 infirmières indépendantes, membres de l'Association suisse des infirmiers et des infirmières (ASI), qui effectuent tous types de soins à domicile. *« Elle indique que c'est grâce à la*

subvention de l'Etat pour les heures de soins qu'ils arrivent à faire ce travail avec de bonnes conditions de rémunération. Elle ajoute ensuite que les objectifs de la CSI sont d'offrir aux infirmières indépendantes des conditions de travail leur permettant d'exercer leur profession de la manière la plus satisfaisante possible et de répondre aux demandes de soins des patients qui sont adressées à la CSI selon les critères de qualité et d'éthique de l'ASI et selon les critères définis dans le contrat de prestations signé entre la CSI et le DEAS. »

Sur la structure, elle révèle qu'elle compte 280 membres formant l'assemblée générale, et un conseil d'administration de 5 à 7 membres et un bureau composé d'une directrice, de deux infirmières coordinatrices et d'une secrétaire comptable. Elle donne ensuite lecture de quelques chiffres relatifs à leurs activités en 2017 : « 285 membres, 49 infirmières (30,5 ETP), 4 employées (3,2 ETP), 1015 clients suivis, 37 006 heures de soins, 7025 heures d'évaluation et de conseils, 28 893 heures d'examens et soins, 1020 heures de soins de base (mais 60 000 heures qu'elles délèguent à Spitex Ville et Campagne et à un autre partenaire), 1 759 543 F de subvention cantonale par année. »

Selon M^{me} Kaufeler Bornet, ce qui caractérise la CSI est sa rapidité d'intervention 7j/7 et 24h/24, ainsi qu'un nombre limité d'intervenants et un partenariat avec des services proposant des aides-soignants. Elle précise qu'il peut y avoir une déviation des appels sur l'Imad, lorsque la CSI ne peut pas répondre. M^{me} Kaufeler Bornet indique que les situations se complexifient et qu'ils sont de plus en plus sollicités pour des personnes présentant des troubles cognitifs ou des soins de plaies. Toutefois, la CSI rencontre de grandes difficultés à se faire rembourser les temps de coordination. Elle relève pour conclure que le modèle de coopérative favorise la valorisation du rôle infirmier, un développement des compétences spécifiques, une mutualisation, ainsi que de faibles coûts de fonctionnement.

Questions et discussion

Un député PLR remarque que les heures de nuit et de week-end, les jours fériés, ainsi que les déplacements ne sont pas pris en charge. Il voudrait savoir si cela est couvert par la subvention de l'Etat, ou si les déplacements ne sont pas considérés comme du temps de travail.

M^{me} Kaufeler Bornet « précise que, pour la CSI, la subvention est versée sur la base d'un calcul du financement résiduel, en fonction du prix coûtant de l'infirmière, y compris la formation et le déplacement. Elle ajoute qu'une infirmière ne peut pas facturer plus de 4 ou 5 heures par jour, que ce calcul a

été fait dans une répartition uniforme et qu'il n'y a pas de prestations qui sont plus payées que d'autres (soins de base, soins spécifiques...). Elle pense qu'il devrait néanmoins réfléchir peut-être à la question des heures de nuit. »

A la question du même commissaire sur son point de vue sur le projet de loi 12186, elle déclare que le canton présente une « richesse » de services, dans un réseau de soins dans lequel ceux-ci collaborent. Elle estime qu'il y a dans ce domaine une différence de traitement entre les services publics et les privés.

Le même commissaire PLR lui demande si, à ses yeux, l'obligation d'admettre pourrait justifier une garantie de couverture du déficit.

M^{me} Kaufeler Bornet estime que les ressources pourraient être utilisées autrement. Pour sa part, elle indique que la CSI peut avoir à dire qu'elle ne peut prendre en charge un patient. Mais elle ne sait si cela justifie pour autant la disposition prévue par ce projet de loi.

Une commissaire Verte voudrait quelques éclaircissements sur le fonctionnement de la CSI. Notamment savoir si les infirmières viennent avec leur clientèle ou si c'est la centrale qui répartit les situations. Elle voudrait aussi connaître ce qui différencie l'intervention de la CSI de celle de l'Imad, hormis la question de l'obligation d'admettre.

M^{me} Kaufeler Bornet explique que les demandes passent à 80% par le bureau de la centrale, accessible de 8h30 à 17h30. Il s'agit pour l'essentiel d'appels de médecins ou des HUG. Une répartition est ensuite opérée en fonction des disponibilités des infirmières, selon les spécialités requises, et selon la localisation du patient. Elle ajoute qu'il y a parfois des infirmières spécialistes de la CSI qui peuvent faire des évaluations comme des spécialistes cliniques et intervenir pour l'Imad après demande du médecin. Elle précise que les infirmières ont la possibilité de refuser un patient.

Concernant ce qui différencie l'Imad de la CSI, elle estime que la CSI a une manière différente de travailler, avec un engagement différent et sans planification au préalable. Elle ajoute qu'elles ont au bureau un indicateur qui montre la charge de travail de chaque infirmière, ce qui permet de voir lesquelles peuvent encore prendre en charge un nouveau patient ou pas.

La commissaire Verte demande si la rémunération est identique. Dans le cas contraire, si tout le monde peut avoir accès aux infirmières de la CSI ou si elles coûtent plus cher aux patients.

M^{me} Kaufeler Bornet « explique que les infirmières de l'Imad ont des salaires alors que les infirmières de la CSI ont des rémunérations selon les heures effectuées et qu'elles paient à la CSI des frais administratifs de 14%. Elle précise que le tarif horaire est supérieur à celui pratiqué par l'Imad car les éléments indirects sont compris dans ce taux horaire (vacances comprises). »

Sur l'accès à ces prestations, elle souligne que la participation du client est la même et que c'est le financement de l'Etat qui diffère selon le service.

Une commissaire PDC voudrait savoir si la CSI intervient en milieu scolaire. Il lui est répondu qu'elle pourrait théoriquement le faire, mais compte tenu du fait que ces prestations concernent particulièrement des enfants diabétiques, qui requièrent des soins courts et réguliers, cette prestation serait difficile à assurer pour elle sur le long terme.

La même commissaire demande pourquoi il n'y a pas plus d'infirmières travaillant à la CSI si on considère les avantages du modèle de la CSI présentés par M^{me} Kaufeler Bornet.

Celle-ci constate que les infirmières, en dépit de ces avantages, demeurent confrontées à un certain nombre de contraintes auxquelles elles ne souhaitent pas se soumettre. Ce à quoi s'ajoute une « logique de quota », avant tout en termes d'heures de soins à fournir. Ainsi le contrat de prestations prévoit le financement de 37 000 heures de prestation, pas une de plus. Ce qui « contingente » en quelque sorte le nombre d'infirmières travaillant à la CSI.

Une commissaire PLR souhaiterait des précisions sur le traitement des dossiers de soins. L'auditionnée précise *« qu'ils utilisent MedLink car elles ont privilégié les dossiers déjà utilisés par les services subventionnés comme l'Imad et Sitex, même si l'Imad utilise sa propre plateforme. Elle précise en outre que MedLink a créé un dossier pour tous les services privés. »*

Une commissaire Verte voudrait savoir ce qui explique les faibles coûts de fonctionnement de la CSI. Elle s'enquiert par ailleurs du niveau de formation de base et de la formation continue des infirmières.

Sur ces sujets, M^{me} Kaufeler Bornet expose que la CSI n'a pas de charges sociales à verser pour les infirmières. En tant qu'indépendantes, ce sont elles qui assurent la gestion de ces charges. Mais elle relève qu'il est difficile de comparer, compte tenu de la diversité de leurs membres. Elle cite l'exemple d'un service comme Sitex qui fournit à ses infirmières des voitures, des tablettes et paie les charges sociales de ses employés. Elle relève que les infirmières de CSI ont leurs propres véhicules, téléphones, etc.

Sur la question de la formation, une formation de base en soins infirmiers est exigée, ainsi que deux ans d'expérience post-diplôme et deux ans de pratique dans le réseau de soins ou dans des services en lien direct avec le réseau de soins. En ce qui concerne la formation continue, il y a environ dix séances par années sur des thématiques que les infirmières souhaitent développer. Ce sont elles qui participent à ces formations à travers les charges de la CSI. Elle observe encore qu'elles doivent en outre faire une formation

obligatoire tous les deux ans en réanimation et, enfin, qu'elles suivent également des CAS ou des DAS selon les souhaits de chacune.

Un commissaire PLR voudrait connaître les organisations présentes à Genève autres que celles citées par l'auditionnée. M^{me} Kaufeler Bornet lui indique qu'il y en a un certain nombre non-membres du groupement. Elle n'est pas en mesure de les nommer.

M^{me} Cavallero mentionne que le site du médecin cantonal en recense quinze, dans lesquels sont inclus les six services membres du groupement. M^{me} Kaufeler Bornet précise que les neuf autres organisations ont été mises sur pied après la création du mouvement, principale raison pour laquelle elles n'en font pas partie.

Le président demande si l'Imad transfère à la CSI. M^{me} Kaufeler Bornet lui répond par la négative, mais observe qu'il y a néanmoins des patients qui demandent à pouvoir changer de service. *« Elle évoque le cas d'un enfant atteint d'une maladie invalidante très sévère et explique qu'elles sont rentrées en matière, car les parents ne voulaient pas de tournus trop élevé, et qu'elles se sont donc organisées de manière à fournir les prestations à cet enfant avec seulement trois infirmières qui se sont formées à la pédiatrie. »*

Audition des syndicats représentant le personnel de l'Imad : M^{me} Mirella Falco, secrétaire syndicale SIT, M^{me} Ana Paula Ferraz, représentante syndicale SIT, et M^{me} Sabine Furrer, secrétaire syndicale SSP-VPOD

M^{me} Falco relève que le projet de loi, en permettant par la garantie prévue à l'Imad d'assurer pleinement sa mission, favoriserait accessoirement la mise en œuvre de la volonté populaire de développer la prévention de l'autonomie des personnes âgées. Elle remarque les montants considérables engagés en la matière compte tenu, notamment, du vieillissement de la population. Elle considère *« que l'organisation de l'institution reste difficile »*.

M^{me} Ferraz, qui travaille depuis 23 ans comme infirmière à l'Imad, relève la particularité de l'obligation d'admettre à laquelle est soumise l'Imad. *« Elle indique que, pour assurer leur mission quotidienne, 7j/7 et 24h/24, les collaborateurs de terrain donnent le meilleur d'eux-mêmes malgré la difficulté croissante à concilier vie professionnelle et vie privée, négligeant parfois leur propre santé et même leur sécurité, compte tenu des situations de violences. Elle ajoute qu'il y a en outre une grande fatigue vécue par le personnel. »*

M^{me} Falco renchérit en indiquant que le personnel de l'Imad est en manque de ressources et que la prise en charge des situations devient difficilement prévisible notamment en raison du fait que les sorties d'hôpital peuvent désormais se faire 7j/7. Elle insiste sur le fait que les personnes qui choisissent

cette profession font le choix de sacrifier une partie de leur vie personnelle. Elle souligne en outre l'alourdissement et la complexification des situations qui accroissent singulièrement la charge de travail. Elle relève aussi l'accroissement des situations présentant des troubles psychiatriques, qui nécessitent une adaptation des compétences du personnel. Elle indique encore que tout ce qui est lié à l'autonomie et au lien social doit être géré par l'Imad. Elle met en évidence que de plus en plus de personnes en situation de handicap font appel à l'Imad.

Elle explique que les horaires s'étalent parfois de 8h à 23h, ce qui mobilise beaucoup le personnel et exige une grande flexibilité pour répondre aux sollicitations d'urgence. Elle rappelle que l'Imad a encore la charge de l'accompagnement des proches aidants. Cette large palette d'interventions a des répercussions sur le personnel.

M^{me} Ferraz relève que cette situation contribue à épuiser le personnel de terrain. Ceci dans un contexte ressenti de restriction budgétaire et de manque de vision à long terme. Elle pense que le projet de loi ne peut être que bénéfique pour faire face à l'accroissement et à la complexification de la charge décrite plus tôt.

Elle estime que la garantie de couverture du déficit permettrait de réguler les effectifs afin de mieux répondre aux variations de prestations et favoriserait en outre le climat de travail et atténuerait la pression sur les collaborateurs.

Elle rappelle qu'il y avait :

- en 2015, 16 798 clients pour 589 558 heures en soins de base ;
- en 2016, 16 947 clients avec 604 276 heures de soins ;
- en 2017, 17 206 clients et 635 514 heures (+ 15 525 heures en UATR).

Soit une augmentation entre 2015 et 2017 d'environ 60 000 heures. Elle ajoute qu'entre **2013 et 2017**, les soins infirmiers et les soins de base ont augmenté de **15,6%**. Dans le même temps, il y a eu une augmentation de 19,2% de clients nécessitant des passages 6j/7 ou 7j/7. Elle conclut en indiquant qu'elles soutiennent le PL.

M^{me} Falco souligne que si l'Imad n'arrivait pas à répondre aux demandes de la population, il y a toute une série de petites entreprises qui seraient prêtes à s'engager sur ce marché, alors que certaines d'entre elles ne sont pas aux normes et ne font pas l'objet de contrôles. Elle considère que l'on doit donner à l'Imad les moyens nécessaires pour engager et former son personnel et avoir une politique à long terme. Elle ajoute que l'Imad doit avoir l'assurance d'être financée sous peine que les prestations soient coupées, puis reprises par certains prestataires qui ne sont pas nécessairement contrôlés.

Questions et discussion

Un commissaire PLR indique avoir compris des propos de la directrice de l'Imad qu'elle dispose d'un budget suffisant, mais qu'elle est surtout entravée dans son action par une difficulté à recruter. Il resterait ainsi 25 postes à pourvoir. Il ajoute que, compte tenu de l'ampleur de l'organisation, il y a une planification des interventions avec RAI qui a dû être mise en place, « *ce qui pour le bénéficiaire pose le problème d'un trop grand tournus et des temps très chronométrés. Il relève qu'il y a donc une difficulté à établir une relation de confiance pour le bénéficiaire et que les employés par ailleurs montrent un très grand taux d'absentéisme et des burnouts* ». Il pense que l'on est peut-être parvenu au bout d'un modèle organisationnel et qu'il faudrait réfléchir à d'autres systèmes afin que les infirmières disposent d'une plus grande marge de manœuvre sur leur temps.

M^{me} Falco lui répond qu'il y a plusieurs paramètres : tout d'abord, s'interroger sur les motifs qui conduisent à une augmentation constante du taux d'absence, ensuite sur ce qui induit une certaine désaffection de la profession. Elle insiste sur le fait que si les patients se sentent pressés, les infirmières, elles, sont tributaires des assurances qui exigent que chaque acte médical soit justifié. Ce qui engendre une augmentation notable des actes administratifs et du temps y relatif, parmi lesquels figure une autre catégorie conséquente, celle de la gestion des contentieux avec les assurances. A ce titre, elle évoque la nécessité de revoir le système de facturation. Elle mentionne ensuite la problématique des horaires coupés et des séries de 7 jours de travail de suite. Elle déclare que si ces inconvénients ne sont pas pris en compte dans l'organisation ou la rémunération, il deviendra de plus en plus difficile de trouver les employés pour faire ce travail, et l'on restera ainsi en déficit de personnel. Ce qui ne manquera pas de se répercuter sur les employés restants et les proches aidants.

Un commissaire UDC désire savoir quelles sont les prestations sociales délivrées par les infirmières de l'Imad et quel est le pourcentage que ces prestations représentent dans leur travail.

M^{me} Ferraz n'est pas en mesure de donner un taux, mais elle précise qu'il s'agit de prestation d'accompagnement ou d'encadrement dans la vie sociale. Elle cite l'exemple de personnes qui sortent de prison.

Le commissaire en question estime que les exemples évoqués relèvent encore des soins, notamment car spécifiques parfois à des situations présentant des troubles psychiques. Pour sa part, il pensait plutôt à des prestations hors tarif, telles que les courses, etc.

M^{me} Ferraz indique que ce sont les aides en soins et santé communautaire (ASSC) qui s'occupent de l'accompagnement de vie et non les infirmières. Elle

relève que ce sont là des prestations pour des personnes fragiles, qui ne peuvent par exemple pas tenir leur ménage ou aller seules chez le médecin.

Le commissaire UDC demande pourquoi ces prestations ne pourraient pas être facturées à l'HG plutôt que de donner lieu à la nécessité d'une couverture du déficit de l'Imad.

M^{me} Falco précise qu'il est souvent là question de personnes en manque d'autonomie au niveau de l'alimentation ou de l'hygiène et que cela découle de problèmes de santé et peut en entraîner d'autres s'il n'y a pas d'accompagnement adéquat. Elle rappelle que la mission de l'HG est d'aider les personnes qui ne peuvent subvenir à leurs besoins et ont des difficultés sociales, mais pas de prendre en charge les problématiques de troubles psychiques.

Une commissaire Verte mentionne les difficultés de conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Elle constate que les contrats sont clairs, mais se demande s'ils ont été modifiés après le virage ambulatoire et si les conditions salariales sont adaptées à la pénibilité du travail. Elle serait par ailleurs intéressée de connaître l'avis des auditionnées sur les infirmières indépendantes. Enfin, à propos de l'augmentation du nombre de prises en charge des personnes en situation de handicap, elle demande si des raisons spécifiques de cette augmentation ont été identifiées.

M^{me} Falco explique qu'en raison du taux d'absentéisme, le personnel est souvent appelé à faire des remplacements. Elle ajoute que 35% des personnes ont droit à un congé fixe ou à un demi-congé fixe. Elle ajoute qu'il y a une telle amplitude horaire que l'on ne sait pas exactement à quelle heure on commence et à quelle heure on finit. Ce qui est pénible, en particulier pour la conciliation de la vie personnelle et professionnelle.

M^{me} Ferraz ajoute que les sorties d'hôpital se font tous les jours, parfois à 20 heures un vendredi soir. Les entrées en unité d'accueil temporaire et de répit (UATR) se font 7j/7 et 24h/24. *« Elle observe qu'une personne qui tombe malade un samedi ou un dimanche n'est pas remplacée, mais que l'on dispatche ses clients auprès des autres infirmières. Elle souligne en outre qu'elles ont de plus en plus d'horaires coupés, ce qui nuit grandement à la vie privée. Elle relève que ces remplacements constituent actuellement leur quotidien car les prestations 24h/24 ne peuvent être supprimées compte tenu des besoins aigus de certains patients ».*

M^{me} Falco constate que l'on est confronté à une pénurie de places en foyer pour personnes en situation de handicap. De plus, les appartements ne sont pas tous adaptés, ce qui crée une surcharge physique pour le personnel et des problèmes de santé, par manque d'infrastructures à domicile. Elle ajoute que

le raccourcissement des temps de séjour à l'hôpital mène à des besoins en soins aigus à domicile.

M^{me} Ferraz estime qu'au-delà de formations essentiellement théoriques, le personnel ne dispose pas de formations spécifiques pour faire face à certaines situations auxquelles il peut être confronté sur le terrain. Elle souligne que les employés peuvent éprouver de la crainte à l'égard de certains patients. Elle indique qu'à l'immeuble du Seujet, ses collègues et elles se sont fait agresser plusieurs fois dans les ascenseurs ou dans les sous-sols du parking. Elle précise qu'elles sont avant tout des soignantes et qu'elles pensent avant tous aux autres avant de se protéger.

Sur les infirmières indépendantes, M^{me} Falco indique que la perspective dans l'intervention de l'Imad s'inscrit dans une volonté de préserver l'autonomie des patients, et ce dans un réseau inscrit dans une politique contrôlée ; alors que les infirmières indépendantes travaillent par actions ciblées. Ce qui de son point de vue s'oppose à une prise en charge globale. Elle considère donc qu'elles ne sont pas en concurrence du fait de mode d'intervention non comparable.

Une commissaire PDC est surprise d'entendre M^{me} Falco parler de personnes non formées dans les entreprises privées de soins. Elle voudrait savoir s'il s'agit de cas précis ou d'une impression. Elle interroge M^{me} Falco pour savoir si le refus du projet de loi péjorerait la situation du personnel de l'Imad.

M^{me} Falco déclare que son syndicat est régulièrement confronté à des situations critiques de petites entreprises employant du personnel non qualifié qui est appelé à effectuer des actes médicaux pour lesquels il n'est pas formé. Elle souligne que son syndicat doit faire face à trois ou quatre de ces situations par mois.

Le président demande si ces situations sont dénoncées à l'Etat. M^{me} Falco lui confirme que c'est bien le cas, et qu'il y a plusieurs cas pendant devant le Tribunal des Prud'hommes.

Sur l'impact sur les conditions de travail du personnel, M^{me} Furrer estime qu'il est difficile de répondre à cette question. M^{me} Falco renchérit en rappelant que l'Imad avait même envisagé pour cette année de couper certaines prestations pour répondre à la demande, mais qu'il y a eu par chance une volonté des députés d'accorder une rallonge budgétaire.

Elle estime que les à-coups budgétaires péjorent aussi l'institution et ne permettent pas de développer une gestion prospective des prestations.

Un commissaire socialiste a pris acte de la notion de violence évoquée plus tôt. Il demande s'il était alors question de violences liées aux clients ou aux

conditions de travail. Il souhaite encore savoir si les employés se sentent soutenus par leur hiérarchie en cas de situation de violence et si des plaintes ont été déposées. Il est intéressé à savoir si des moyens supplémentaires seraient de nature à diminuer ces situations de violence ou si elles sont inhérentes à l'intervention.

M^{me} Ferraz estime que de disposer de ressources supplémentaires permettrait de stabiliser le travail des équipes sur le terrain. Il arrive parfois que des plaintes soient déposées, mais certains contentieux sont aussi réglés à l'interne. Elle évoque des situations où des infirmières ont été enfermées sur le balcon ou doivent intervenir professionnellement alors que les clients ont des couteaux à portée de main. Ce qui les amène à travailler dans un climat de peur et de méfiance. Elle mentionne ensuite les situations de personnes très difficiles, chez lesquelles le personnel souhaiterait ne pas aller. Mais où il va quand même, avec un profond sentiment d'insécurité.

M^{me} Falco relève une autre forme de violence, plus pernicieuse celle-là, celle du client qui se plaint injustement. Là, une parole s'oppose à l'autre sans possibilité d'objectivation. Elle mentionne encore des situations complexes de personnes qui refusent de se doucher ou de manger. On ne peut pas les forcer, mais il faut néanmoins garder les personnes propres et alimentées, sous peine de plaintes de la part de la famille. Elle relève qu'il faut donc dans certains cas se « surjustifier », ce qui constitue une difficulté additionnelle au travail.

Le même commissaire considère les situations décrites comme particulièrement violentes, et s'étonne d'une forme de banalisation apparemment induite par l'habitude. Il demande si ces situations sont connues de l'employeur et si celui-ci adopte des mesures de protection appropriées.

M^{me} Ferraz constate qu'il faut déjà un fort degré d'intensité de la violence pour que l'employeur intervienne. Elle admet une forme d'accoutumance découlant de la nécessité d'assurer une continuité de l'intervention auprès de ces personnes problématiques. Elle soulève la question des contradictions qui peuvent apparaître entre les désirs des proches – nourrir une personne à tout prix – alors que la personne concernée s'y oppose farouchement. Le personnel est obligé de tout consigner par écrit pour ensuite pouvoir expliquer et documenter son intervention. M^{me} Ferraz relève que la pression exercée par certaines familles est parfois difficile à supporter.

Une commissaire socialiste constate que de plus en plus de services privés voient le jour. Elle se demande si l'on n'assiste pas là à une forme d'ubérisation des soins à domicile avec moins de contrôles et une forme de précarité des travailleurs pour lesquels on ne paie pas de charges sociales.

M^{me} Falco précise que la CSI est un organisme reconnu et composé de membre faisant partie de l'ASI. Mais elle constate l'existence d'autres acteurs où il ne s'agit même pas d'ubérisation, mais de conditions de travail encore plus précaires et détériorées. Dans ce secteur en l'absence de contrôle, on trouve des personnes qui travaillent sans être régularisées, sans formation, pour des salaires de misère.

« Elle indique enfin que cela fait courir de grands risques à la société car les besoins vont devenir exponentiels et les familles doivent faire face à cela ; elle estime que cela pousse la fonction de proche aidant vers une forme d'esclavage moderne. »

Discussion et vote

Le président met aux voix l'entrée en matière sur le PL 12186.

Oui : 13 (1 EAG, 1 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Non : 0

Abst. : 0

L'entrée en matière sur le PL 12186 est acceptée à l'unanimité.

Deuxième débat

Titre et préambule : pas d'opposition, **adoptés.**

Le président passe ensuite à la discussion sur l'article unique.

Un amendement général est présenté par un commissaire PLR. La teneur de l'**amendement général** est la suivante :

« Article unique Modification

La constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012, est modifiée comme suit :

Art. 174 al. 2 Abrogé

L'auteur de l'amendement précise que cette proposition a été formellement adressée aux commissaires pour faciliter le débat. Elle vise à supprimer la garantie de couverture du déficit d'exploitation des HUG. Il explique que la constitution genevoise, à sa section IV art. 171, énonce que l'Etat garantit l'accès au système de santé et aux soins et répond de la planification sanitaire

d'ensemble et de la satisfaction des besoins en matière hospitalière et ambulatoire, d'établissements médicaux, de soins et médico-sociaux, ainsi que d'aide et de soins à domicile. Il souligne que la garantie de l'accès aux soins existe et est très large puisqu'elle ne spécifie pas si cela touche les établissements de droit public ou privé. Il explique que le second argument met en question la couverture des déficits d'exploitation qui devrait être octroyée aux établissements publics alors que se référant aux hôpitaux, la LAMal a changé en 2012. Il estime que le vote de la constitution a eu lieu dans le contexte de l'ancienne LAMal. Il pense donc qu'actuellement cette couverture du déficit des hôpitaux ne se justifie plus. Il suggère qu'elle soit remplacée par une garantie de déficit d'exploitation **pour tous** les établissements qui, dans le cadre de la planification sanitaire, seraient au bénéfice de mandats de prestations. Il considère toutefois que cela ne lui semble pas nécessaire puisque justement aujourd'hui il estime qu'il y a une pléthore de moyens.

Aussi, pour éviter de mettre tout le monde au même niveau – HUG et Imad – ce qui lui semble contraire à la LAMal, il propose de supprimer la garantie de couverture du déficit d'exploitation des HUG prévue dans la constitution plutôt que de l'introduire pour l'Imad.

Pour rappel, voici la teneur de l'article garantissant la couverture du déficit d'exploitation des HUG dans la constitution genevoise :

Art. 174 Etablissements publics médicaux

² Le déficit d'exploitation des établissements médicaux de droit public est couvert par une subvention portée chaque année au budget de l'Etat.

M. Poggia déclare que l'on pourrait discuter cette proposition, mais qu'elle s'éloigne de l'objet du projet de loi. Il s'interroge de plus sur la pertinence du procédé visant à introduire une modification constitutionnelle par le biais d'un amendement général. Il indique que le Conseil d'Etat ne suivra pas la proposition du député PLR et son argumentation se référant à la modification de la LAMal pour motiver l'annulation de la garantie de couverture du déficit des HUG. Il relève que le commissaire PLR n'a par ailleurs pas fait la démonstration de l'impossibilité d'accorder cette garantie à l'Imad. Le conseiller d'Etat estime que cela est possible dans la mesure où le projet de loi s'inscrit dans la cohérence de la constitution, et pertinent compte tenu de la volonté populaire clairement exprimée en faveur du développement du maintien à domicile. Il remarque que l'obligation d'admettre implique des réorganisations constantes et des coûts qui ne peuvent être facturés à la LAMal.

M. Poggia « précise que, si l'Etat n'est pas derrière pour garantir l'équilibre financier, la LAMal tombe en faillite. Il mentionne que, dans les faits, aujourd'hui, année après année le Conseil d'Etat revient devant le Grand

Conseil... pour demander des crédits supplémentaires pour équilibrer les comptes de l'année en cours. Il constate qu'il serait plus simple que l'IMAD puisse le moment venu, si elle a un afflux de patients, prendre des dispositions pour engager du personnel afin de répondre à ses besoins sans toujours courir après l'Etat, alors que ce dernier exige d'elle des prestations qu'elle ne peut pas refuser. »

Un commissaire UDC relève que les conditions évoquées par le magistrat s'appliquent à tout le personnel infirmier, y compris aux indépendants qui ne peuvent facturer leurs déplacements. Il estime que la marge de manœuvre du canton est faible. Il pense que le projet de loi crée des conditions-cadres pour l'Imad dont ne peuvent bénéficier les autres organismes privés. Ce qui induit à ses yeux une inégalité de traitement pour des personnes qui exercent les mêmes actes professionnels. Il précise toutefois que cette problématique va au-delà de la question de la fonction publique puisque celle-ci ne peut également bénéficier des remboursements des frais de déplacement. Il déclare qu'il soutiendra l'amendement général du PLR car le projet de loi ne lui convient pas à divers titres. Il trouve que l'on gagne ainsi en cohérence. Il observe qu'il est bien placé en l'occurrence pour se prononcer sur cet aspect, car en tant qu'ancien constituant il a participé aux travaux relatifs à l'article en question, et assure que « la volonté du constituant/législateur était plus subtile que l'interprétation qui en est faite aujourd'hui. Il souligne que ce que l'on attendait de cette garantie n'est pas du tout ce que l'on en a fait. »

Un autre commissaire PLR déclare que ce qui lui apparaît problématique n'est pas l'intervention de l'Etat pour garantir l'accès aux soins pour la population et les obligations qui en découlent, mais plutôt le principe de gestion qui consiste à octroyer ce qu'il range au rang de chèque en blanc. Il considère qu'une demande de rallonge budgétaire n'est pas en soit problématique, tant qu'elle est documentée. Ce qui l'inquiète est ce qu'il tient pour une perte de maîtrise où l'on verrait les institutions qui bénéficient d'une garantie de couverture du déficit d'exploitation se mettre à dépenser comme elles le veulent et que l'Etat soit tenu de s'acquitter de la facture. Il informe qu'il soutiendra l'amendement de son collègue.

L'auteur PLR de l'amendement admet que la question n'est pas le financement des soins. Il se réfère aux modifications LAMal intervenues en 2012, et considère que cela ouvre des velléités de traitement identique entre le public et le privé sur le plan du financement de la planification. Aussi, il est convaincu que si on veut inscrire dans la constitution une garantie de financement, on doit l'inscrire pour tous les établissements qui sont soumis aux mêmes règles dans le cadre de la planification et du financement, sous peine d'être en contradiction avec les prescriptions de la LAMal. Il relève que, pour

les soins à domicile, on est en train de créer un système intégré en mettant en place des règles claires pour un certain nombre de partenaires et de membres, qui eux vont aussi accepter d'être soumis à un certain nombre de contraintes avec des obligations de services d'encadrement de la prestation pour bénéficier alors d'un subventionnement de l'Etat.

Un commissaire MCG se dit surpris de la pratique du commissaire PLR de cet amendement général qui vient en contradiction avec l'exposé des motifs du projet de loi et des travaux réalisés jusqu'ici. Il le critique vertement et indique que son groupe refusera cet amendement. Il déclare que si une majorité se dessinait en faveur de cet amendement, il demanderait alors l'audition des HUG. Il estime que l'on perd du temps et de l'argent à cause de ce qu'il tient pour une manœuvre dilatoire. Il encourage le PLR à déposer un projet de loi constitutionnelle pour défendre devant le peuple et le parlement ses idées et ce qu'il décrit comme une volonté de démanteler les HUG.

Une commissaire Verte, s'exprimant sur la crainte manifestée plus tôt par une commissaire PLR du phénomène du chèque en blanc, se réfère aux nombreuses auditions qui ont fait apparaître la situation délicate dans laquelle se trouve l'Imad et exprime sa conviction qu'il ne s'agit pas de lâcher la bride sur le cou à l'Imad en matière de gestion, mais de lui assurer les moyens d'exercer sa mission.

Une commissaire EAG estime que le PLR, comme tout autre groupe, est habilité à déposer des amendements, mais qu'il lui faut ensuite convaincre du bien-fondé de ceux-ci et qu'en l'occurrence il lui faudra aller devant le corps électoral pour défendre son amendement. Elle s'étonne en outre que pour parer à ce que le PLR décrit comme une inégalité de traitement entre le public et le privé, il faille priver une institution, l'Imad, des moyens nécessaires pour remplir son office. Sur la crainte de l'émission d'une forme de chèque en blanc, elle la réfute. Rien n'indique dans le dispositif légal que cette garantie de la couverture du déficit d'exploitation soit une incitation à ne pas respecter les règles de bonne et saine gestion. A l'inverse, les mécanismes de contrôle et de soumission au Grand Conseil restent inchangés. Elle rappelle en outre que les garanties de couverture de déficit sont réservées aux organismes qui ne sont pas en mesure de refuser les demandes qui leur sont présentées : la nécessité d'admettre pour les uns, la nécessité de couvrir les besoins vitaux des personnes dépourvues de moyens pour les autres. Ce qui induit une difficulté d'anticipation budgétaire qui justifie d'avoir à tout le moins l'assurance d'un filet de sécurité pour faire face aux frais non prévus ou à d'autres impondérables. Elle affirme que supprimer aux HUG, et ne pas l'octroyer à l'Imad, cet instrument permettant d'affronter des variations des flux d'activité reviendrait à imposer un cadre et des contraintes à ces organismes qui auront

de graves incidences sur les pratiques professionnelles. Elle reste convaincue du bien-fondé du projet de loi 12186 qu'elle votera après avoir refusé l'amendement général.

Un commissaire UDC constate que le débat est intéressant, mais relève que, pour les personnes qui n'étaient pas dans la commission lors de la dernière législature, il y a des éléments importants à prendre en compte. Il se réfère à l'arrêté du Tribunal administratif fédéral (TAF) de janvier 2019, qui a débouté le Conseil d'Etat et décrété que la planification sanitaire genevoise devait être totalement reconsidérée en considérant que l'édiction de quotas de patients LAMal pour les cliniques privées n'était pas pertinente, et que les patients LAMal ou au bénéfice d'assurances-maladie complémentaires devaient être considérés sur le même plan. Ce qui l'amène à contester la garantie de couverture du déficit d'exploitation pour les HUG, et par analogie pour l'Imad.

« Il considère que la dernière différenciation entre les partenaires de soins a abouti à une condamnation au Tribunal fédéral. Il mentionne que les membres de la commission, présents lors de la dernière législature, sont donc légitimés à avoir un peu d'inquiétude à la mise en place, dans un projet de loi, d'une différenciation, étant précisé qu'une partie de cela est déjà condamnée par le Tribunal fédéral... Il pense donc que cela n'est pas une guerre privé-public mais une question de cohérence, si on ne veut pas encore se faire condamner par le Tribunal fédéral. Il constate donc que cela mérite plus de réflexion et relève que, malgré ce qui a été dit, toutes les auditions n'ont pas été effectuées, notamment la commission n'a pas entendu les infirmières indépendantes qui réclament juste de pouvoir toucher un salaire décent pour vivre. »

Une commissaire Verte informe que son groupe refusera l'amendement.

Un commissaire PLR précise qu'au contraire de ce qu'ont affirmé certains autres commissaires, de son point de vue, il n'est pas question de réduire le financement des HUG ou de l'Imad puisque les contrats de prestations sont maintenus et que l'Etat continuera de subventionner ceux-ci pour un certain nombre de prestations. La seule différence consistera en l'obligation de venir en cas de besoin solliciter une rallonge budgétaire. Il persiste à s'inquiéter de ce qu'il estime être une manière d'abandonner tout contrôle sur la gestion des institutions.

Le commissaire PLR auteur de l'amendement s'étonne d'avoir été mis en question par certains membres de la commission et rappelle n'avoir fait que son travail de député avec le dépôt de cet amendement. Il insiste sur l'importante d'une modification constitutionnelle. En l'état, il reste attaché au système de mandats de prestations dans lequel des budgets sont établis, au

risque de devoir les renégocier si nécessaire. Il avoue être conscient des impératifs liés à l'obligation d'admettre de l'Imad mais reste persuadé que les fluctuations qui en découlent peuvent être lissées sur l'année. Il observe que les activités augmentent mais de manière modeste, estime-t-il. *« Il souligne donc que les activités de l'institution sont relativement stables et prévisibles, ce qui rentre donc dans le cadre de la prévision budgétaire normale à laquelle doit faire cette institution. »* Il admet qu'une institution sociale puisse avoir besoin de la garantie constitutionnelle pour faire face à des imprévus, par exemple dans les politiques de migration. Mais en ce qui concerne celle des HUG, il trouve qu'il est là question de « scories du passé » qui ne correspondent plus à la réalité et qu'elle devrait être supprimée. Il plaide en faveur d'un examen approfondi du projet de loi, quel qu'en soit le temps nécessaire.

Le président demande un exposé du département sur l'arrêt du TAF du 16 janvier 2019 après que la commission aura reçu l'arrêt en question.

M. Poggia explique que le Tribunal fédéral a renvoyé la procédure au canton pour qu'il rende une nouvelle décision, étant rappelé que l'on parle de la planification 2015. Il mentionne toutefois que des principes ont été indiqués dans l'arrêt, sur lesquels le département s'exprimera volontiers lorsqu'il présentera l'arrêt. Il constate qu'ils vont devoir faire une planification sur d'autres bases à l'avenir pour tenir compte de cette jurisprudence. Il observe toutefois que de lier cette question à celle de l'IMAD n'est pas judicieux et affirme que, contrairement aux propos du commissaire UDC, il n'y a pas d'inégalité de traitement avec les infirmières indépendantes.

Présentation par M. Muller, directeur du service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification de l'arrêt du TAF du 16.01.2019 sur la planification sanitaire genevoise (2015-2019)

« M. Muller souligne que cet arrêt est très long, qu'il ne va donc pas le décrire de manière détaillée, mais présenter les points qui ont l'impact le plus significatif sur la planification future. Il souligne que cet arrêt concerne surtout l'Hôpital de la Tour mais qu'il a un impact fort sur la prochaine planification. Il rappelle que cette dernière sera relancée en 2020 et qu'à ce titre, un appel d'offres a été lancé auprès des établissements genevois le 15 janvier dernier, un jour avant la décision du tribunal. Il précise qu'ils ont bien sûr retiré depuis l'appel d'offres afin qu'il réponde à la dernière jurisprudence. Il relève que la première conclusion de cet arrêt est que le canton doit, pour évaluer les besoins, se baser sur l'ensemble des assurés et pas seulement sur ceux qui ont une assurance de base. Il ajoute que cette

manière de faire n'est donc plus valable pour faire un appel d'offres, ce qui crée donc un changement conséquent en matière de prestations à couvrir. »

M. Muller signale que dans la planification précédente la majeure partie des situations étaient attribuées aux HUG et que les cliniques privées prenaient en charge le solde des cas ; alors qu'il faut désormais traiter avec une égalité parfaite les HUG et les cliniques, dans la distribution des cas. Il relève que l'arrêt stipule que la fixation de quotas dans les mandats de prestations des cliniques privées n'est pas acceptable, dans la mesure où cela n'est pas appliqué aux HUG (même si le principe de mettre des quotas de manière générale n'est pas contesté).

Il précise qu'en raison de cette clarification de la LAMal par le TAF, un nouvel appel d'offres va être lancé et que les HUG, qui ne se verront plus attribuer systématiquement des situations, devront participer à l'appel d'offres comme les autres établissements. *« Il ajoute que l'adjudication du nombre de cas par groupe de prestations se fera par des critères énoncés par la LAMal et répétés dans l'arrêt : l'économicité et la qualité, lesquelles seront mesurées à l'aide du modèle zurichois de planification, avec notamment des critères de disponibilité de médecins, la présence de certains titres de spécialistes ou encore la présence ou non de soins intensifs dans l'établissement, etc. »*

« Concernant la notion de budget global, M. Muller souligne qu'il est prévu d'établir un budget global qui devra couvrir l'ensemble des soins stationnaires effectués dans le canton, que ce soit dans les cliniques privées ou aux HUG, ce qui occasionne un grand changement pour les HUG qui bénéficiaient jusqu'à présent d'une indemnité médicale qui figurait dans le contrat de prestation et couvrait entre autres la part cantonale pour les soins stationnaires »

« Il ajoute que, pour garantir l'accès à tous les patients dans les cliniques ou les HUG, au moins 50% des patients ne seront bénéficiaires, dans chaque spécialité, que de l'assurance de base seule. Il ajoute que cela a déjà été validé par un arrêt fédéral lors d'un cas similaire au Tessin en 2012, dans le but de garantir la couverture des besoins. »

M. Bron attire l'attention sur le fait qu'il y a donc un financement dual qui est dû pour chaque hospitalisation, selon un tarif à valider par le canton et qu'à l'avenir, la loi qui porte le contrat de prestations des HUG sera amputée de toutes les indemnités de soins.

M. Poggia ajoute que le critère de l'économicité va être analysé selon le coût de production de la prestation et pas selon le prix, ce qui signifie que les cliniques privées qui postuleront devront permettre au canton de contrôler qu'il ne s'agit pas d'un prix d'appel, mais qu'il s'agit véritablement d'un prix qui

permette de garantir les prestations sur la durée et que les coûts sont donc réellement couverts par le prix demandé.

Il rappelle que le prix sera réparti à 45% pour la LAMal et à 55% pour le canton. Il indique avoir des doutes sérieux sur les coûts inférieurs avancés actuellement par les cliniques privées, la FINMA ayant elle-même exigé qu'il n'y ait plus de financements croisés, c'est-à-dire que l'on ne fasse pas des prix plus bas pour la LAMal, grâce à la marge que l'on peut prendre sur les assurés privés.

M. Poggia remarque que les arrêts du TAF doivent être respectés et ils le seront. Il faut être conscient, relève-t-il toutefois, que les HUG n'auront plus d'enveloppe globale et qu'ils seront donc payés en fonction de ce qu'ils font et que cela permettra de faire jouer les vases communicants. *« Il souligne que ce système va devoir imposer pour certaines prestations des accords publics-privés renforcés, si l'on ne veut pas que les masses critiques qui doivent garantir la qualité ne soient plus réalisées. Il précise qu'il y a donc bel et bien un risque de perte de qualité liée à la répartition du nombre de patients sur les différents établissements. Il rappelle que plus un médecin pratique un grand nombre d'opérations, plus il est fiable dans sa spécialité. »*

Une commissaire EAG vérifie si elle a bien saisi les incidences de l'arrêt du TAF : une diminution des subventions aux HUG, une augmentation des subventions aux cliniques privées en fonction d'un certain nombre de critères et une augmentation des lits LAMal en clinique.

M. Bron précise que l'on planifie des hospitalisations et non plus l'utilisation de lits. Ce qui permet une meilleure fiabilité et de passer à un vrai budget global. Il ajoute qu'en termes d'organisation des cliniques privées, cela implique un grand changement pour accueillir des places communes en beaucoup plus grand nombre, si elles souhaitent postuler aux appels d'offres.

M. Poggia relève qu'il s'agit d'un changement de paradigme qui va avoir des conséquences importantes pour le canton, mais aussi pour la médecine privée, car les assurés vont finir par se demander à quoi il sert d'avoir une assurance privée. Il pense que ceux qui se réjouissent de cette décision risquent fort de la regretter à l'avenir.

M. Muller explique qu'en l'occurrence l'on n'évoque pas des subventions, mais une participation du canton fixée dans la LAMal, de même qu'il relève que l'on ne parle pas de baisse de subvention aux HUG ni d'une augmentation de celle aux cliniques privées, mais d'une répartition des cas qui sera faite entre établissements et du cofinancement y relatif.

La commissaire en question en convient formellement, mais considère néanmoins que cela persiste à y ressembler beaucoup.

M. Poggia traduit que les HUG ne recevront plus une enveloppe de 500 millions, mais qu'ils seront rémunérés pour les actes effectifs.

Un commissaire UDC estime que la décision du TAF confirme la position exprimée par l'UDC il y a quatre ans sur la planification hospitalière. Il s'inquiète par ailleurs de savoir ce qui sera fait par les cliniques privées car il constate que dans la pratique, lorsqu'une situation pose problème, elle est renvoyée vers les HUG. Il voudrait savoir si cette répartition par cas n'impliquerait donc pas une plus grande responsabilité des cliniques privées pour mener leurs cas jusqu'à leur terme.

M. Poggia confirme. Il précise que si tel n'est pas le cas, les cliniques concernées ne se verront pas attribuer les pôles de compétences dans certaines spécialités. Il souligne qu'elles doivent accepter les cas qu'elles prennent en charge en fonction de critères précis et que si un patient décède chez eux, ce sera aussi un critère de non-qualité. Il ajoute de plus que si des patients quittent trop rapidement une clinique et qu'il en résulte une ré-hospitalisation, elle sera considérée à nouveau négativement et ensuite prise en considération. Ce qui pourrait mener à la non-reconnaissance d'un établissement pour la pratique de certaines interventions.

Un commissaire UDC souligne que les HUG ont aussi un secteur privé qui peut être assimilé dans son mode de fonctionnement à une clinique privée et il trouve donc paradoxal le fait que le magistrat mette en avant l'élément financier des cliniques, car il fait selon lui partie intégrante du fonctionnement et du financement de l'hôpital cantonal.

Le président souligne que l'arrêt souligne que la vision privée de l'hôpital ne fonctionnait pas comme les autres divisions privées et que cela n'était pas acceptable.

M. Poggia ajoute que l'exigence d'un patient LAMal pur contre un patient privé va être posée également pour les HUG, ce qui veut dire que les HUG vont pouvoir augmenter de manière importante leur clinique privée et donc que le secteur privé des HUG deviendra un concurrent important pour les cliniques privées.

Un commissaire PLR rappelle que le Grand Conseil va devoir se prononcer prochainement sur le rapport de planification 2015-2019. Il s'interroge sur ce qu'il convient de faire à ce propos. S'il faut l'adopter ou le suspendre.

M. Poggia indique que la planification ne va pas être modifiée pour l'ensemble du secteur, mais seulement pour l'Hôpital de la Tour. Il ajoute que 2019, dernière année de la planification, va peut-être changer, mais que cela doit encore faire l'objet de discussions.

M. Bron souligne qu'ils vont cette année établir un rapport de planification 2020-2023. Il suggère à la commission de reprendre ses réflexions à ce moment.

Un commissaire PLR se demande si l'on peut imaginer, au niveau du budget global, que des vases communicants soient possibles entre partenaires, si certains ne veulent pas aller au-delà d'un plafond qu'ils auraient atteint.

M. Muller lui répond que l'avantage de passer à un budget à la prestation permet de créer un pot commun et de rediriger les situations sur d'autres acteurs.

Un commissaire PLR voudrait savoir s'il y a une possibilité, pour un établissement qui dépasse, de quand même toucher la part assurance obligatoire des soins (AOS) seule.

M. Muller indique qu'il n'y a plus de limite maximale, pour autant que l'on respecte la règle des 50/50 (patients LAMal/patients avec assurance complémentaire).

M. Poggia précise que chaque fois qu'un établissement prend un privé, il doit prendre un AOS, mais pas forcément l'inverse.

Le commissaire PLR en déduit que la planification prévoit un seuil minimal et non un plafond maximal. Il se demande par ailleurs si les établissements privés seront prêts à fournir toutes les informations sur leurs coûts. Il désire aussi savoir si l'on peut imaginer qu'un prix du point DRG différent soit accepté selon l'établissement, en fonction des coûts de fonctionnement de ce dernier.

M. Muller signale que le prix du point est actuellement déjà différencié, car SwissDRG reconnaît que sa structure tarifaire ne permet pas de reproduire exactement les coûts d'activités aussi vastes et complexes que celles d'un hôpital universitaire. Il relève que se pose toutefois la question de la comparabilité des coûts entre un hôpital universitaire, avec une grille salariale de l'Etat et des médecins salariés, et une clinique privée, avec des médecins qui facturent leurs honoraires aux assurances complémentaires.

M. Bron note que les cliniques privées genevoises ne nourrissent pas tous les benchmarks nationaux.

Un commissaire PLR voudrait savoir ce que le département a prévu en termes de missions d'intérêt général des HUG, tels que l'enseignement et la recherche.

M. Poggia l'informe que le coût de production des HUG est supérieur au prix du point SwissDRG qui est à 10 500 F (96% du coût réel), alors que les hôpitaux non universitaires sont rétribués à 102% ou 103%. Il indique que, si

l'on veut que les HUG puissent continuer la formation de la relève médicale, l'on sera obligé de compléter par une enveloppe de mission d'intérêt général, ce que le prix ne couvrira pas.

Le même commissaire PLR interpelle le département pour savoir si dans le cadre des mandats de prestations une extension de l'obligation d'admettre sera prévue.

M. Muller souligne qu'elle existe déjà dans les mandats actuels, mais qu'elle rentre aujourd'hui en contradiction avec l'enveloppe maximale qui est définie. Il observe qu'à l'avenir, il n'y aura plus cette limitation et l'obligation d'admettre s'appliquera en permanence. Il ajoute qu'ils ont l'intention de vérifier de manière plus pointue si cette obligation d'admettre est bien respectée par les cliniques.

M. Bron précise que cela concerne uniquement les pôles des prestations qui seront distribués.

Toujours le même commissaire PLR demande s'ils ont prévu de faire une seule facturation ou deux.

M. Muller lui fait savoir que cela va engendrer un grand travail administratif et donc que le principe sera plutôt de continuer avec des budgets prévisionnels qui se basent sur les estimations de l'activité future des cliniques, avec des bordereaux trimestriels.

Le commissaire PLR en question interroge le département sur la manière dont les hospitalisations transcantonaux qui ne rentrent pas dans le cadre des médecines hautement spécialisées seront prises en compte.

M. Muller souligne que les besoins en soins qui servent à définir l'enveloppe globale sont les besoins en soins de tous les résidents genevois.

M. Poggia ajoute que ces derniers pourront aussi aller dans d'autres cantons sans limitations. Il précise qu'il va sans doute y avoir des négociations pour la mise à disposition de salles d'opération aux cliniques.

Le commissaire PLR demande s'il y a une volonté de travailler sur une planification Vaud-Genève.

A cet égard, M. Poggia indique que le TAF indiquait que, tant que l'on ne faisait pas de planification intercantonale, l'on ne pouvait pas fixer des contingents de patients de notre canton autorisés à aller se faire opérer dans les cantons voisins. Il relève qu'avec ce système, l'on n'a plus besoin de faire cela, car le lieu où les Genevois et les Vaudois iront se faire opérer n'importera plus. Il observe que l'on tend donc vers une ouverture des marchés, mais toujours avec une cautèle de 50/50. Il pense par ailleurs que les assureurs privés vont aussi commencer à exiger des conditions, par exemple que le nombre de

patients pris en charge par la clinique annuellement soit limité. Il pense qu'il y aura donc des pressions pour obliger les cliniques à prendre davantage de patients AOS purs pour pouvoir mettre à la charge du canton des patients privés.

Il précise que cette décision va donc bouleverser l'ensemble de la planification. Il souligne enfin que l'on doit rester attentif au fait que la qualité et les compétences des HUG ne se perdent pas, ce qui n'est pas non plus dans l'intérêt des cliniques privées. Il pense donc que cela sera peut-être une victoire à la Pyrrhus pour ceux qui considèrent que c'est une avancée aujourd'hui.

Le président rappelle que l'amendement du commissaire PLR militait en faveur de la suppression de la garantie de couverture du déficit d'exploitation des HUG. Or, il se trouve que l'arrêt du TAF change considérablement la donne en ce qui concerne le système des soins à Genève. Il se demande donc si l'amendement présenté par le PLR a encore du sens, compte tenu des changements qui devront intervenir dès 2020.

Il relève que l'on parle d'économicité et que l'on ne parle plus de formation. Il estime que le TAF a fait une réflexion purement économique et que l'on est désormais obligé de la suivre. Il ajoute que cela va coûter très cher à l'Etat. Il indique enfin pour sa part n'avoir jamais lu un arrêt fédéral remettant ainsi tout en question.

M. Poggia remarque que le risque sera moindre, car les HUG ne paieront que ce qu'ils feront. Il considère donc qu'il s'agit d'éléments de libéralisme économique dans un système de régulation de santé. Il estime qu'il n'a pas fait clairement faux jusqu'à maintenant car l'économie pour Genève ces dernières années se mesurait en dizaines de millions, même si cela est désormais terminé.

Le commissaire PLR pense que les prestations servies par des établissements privés seraient potentiellement moins chères. Il s'inquiète de savoir si les assureurs ne pourraient pas être enclins à pousser les patients à aller dans un établissement plutôt que dans un autre.

M. Poggia rappelle qu'il n'a aucune prise sur les assureurs privés, lesquels ont le droit par exemple de ne pas mettre sur leurs listes une clinique privée genevoise.

M. Muller indique qu'il y a des tarifs différenciés pour les assureurs de base, mais qu'une fois que le tarif a été fixé par le canton, ils ont alors l'obligation de payer et qu'ils ne peuvent donc pas influencer leurs assurés.

Un député PLR observe qu'il y a actuellement de nouveaux modèles d'assurance AOS qui sont encore plus restrictifs sur l'accès aux différents prestataires et donc que cela va forcément rendre les choses plus tendues. Par ailleurs, il se demande s'il y a des changements législatifs d'ordonnance

prévus, sachant que l'on parle de 2020 et que les assurances vont annoncer leurs projets de primes à la Confédération en juin 2020.

M. Poggia précise qu'il s'agit de modifications jurisprudentielles qui parlent de l'application du droit fédéral et donc qu'il n'y a pas de modifications législatives cantonales à prévoir. Il relève que cela ne devrait pas avoir nécessairement un grand impact sur les primes.

M. Muller considère que l'impact est beaucoup plus fort pour le canton que pour les assureurs. Il ajoute par ailleurs qu'il n'y a pour le moment pas d'intention de modifier les tarifs AOS.

M. Poggia se demande si les assureurs pourraient tirer profit de cette jurisprudence pour négocier à la baisse en créant une plus grande concurrence entre les cliniques.

M. Muller relève que c'est vrai, que l'on se demande comment ils ont réussi à négocier le même tarif pour toutes les cliniques, alors que ce sont quand même des prestations assez différentes.

M. Poggia estime que cela risque d'augmenter le coût global pour le canton.

Un autre commissaire PLR pense que la décision du TAF est une bonne nouvelle pour les patients, lesquels auront de son point de vue accès de manière égalitaire à la médecine hospitalière et aux médecins de ville, lesquels proviennent très souvent des HUG. Pour lui, cela signifie que les patients pourront consulter en fonction de leurs besoins et pas en fonction du type de leur assurance. Il en appelle ensuite à arrêter de « stigmatiser » le privé. Il remarque qu'il y a des compétences extraordinaires dans le privé et dans le public, où il y a en outre des installations lourdes, dont il se demande par ailleurs comment va s'organiser la répartition.

Le même commissaire poursuit, rappelant que l'on demande très souvent des spécialistes du secteur privé pour former la relève dans le public. Il observe que la recherche est par contre l'apanage des HUG, lesquels ont peu de concurrence. Il ajoute que le salaire des médecins est en moyenne 20% plus élevé que dans les autres cantons. Par ailleurs, il pense que les salaires des médecins dans le privé vont changer, car les assurances demandent désormais des forfaits médicaux. Il pense que le public et le privé vont donc se rapprocher sur des valeurs communes. Il ajoute enfin qu'Helsana a envoyé un mot à ces assurés il y a une semaine pour dire qu'il ne remboursait désormais plus les prestations des Grangettes et de la Colline.

Le président souligne que la base du recours de la clinique de la Tour concernait les cas universitaires cardiovasculaires. Il précise que l'arrêt ne parle néanmoins pas du fait que l'on reconnaisse la formation d'un spécialiste,

notamment grâce au nombre de cas qu'il a opérés. Il précise que le canton s'était dit que, si l'on a des cas où l'on est à moins de 1% de tout le total des cas à charge de l'assurance, l'on pouvait alors les mettre de côté et décider qui allait les prendre en charge ; il relève que cela n'est désormais plus possible et estime qu'en répartissant les cas, l'on risque au final de se priver de reconnaissances FMH.

M. Poggia déclare qu'il n'est pas question de stigmatiser les médecins qui travaillent dans le privé, mais il se demande si les chirurgiens accepteront de travailler au tarif AOS. Par ailleurs, il évoque la question de la protection tarifaire ; il relève que l'on a fixé la règle de « un privé pour un AOS », mais que la question est aussi de savoir si le patient privé pris en échange d'un AOS va pouvoir être facturé au SwissDRG avec en plus les honoraires du chirurgien. Il lui semble pour sa part qu'il doit être facturé au même prix que le patient AOS, car sinon le médecin sera payé deux fois. Il ajoute qu'il va donc être compliqué pour une clinique privée de rentabiliser la mise à disposition de ses salles d'opération, si elle ne peut facturer que l'hôtellerie. Il est donc curieux de voir comment le marché va s'autoréguler par rapport à ces nouvelles règles.

Une commissaire EAG note que M. Poggia a évoqué précédemment l'éventualité d'une augmentation de la part privée des hospitalisations des HUG. Elle s'inquiète dès lors de la manière dont cette tendance pourrait influencer sur la mission d'utilité publique des HUG.

M. Poggia précise qu'il est là question du volet stationnaire des activités des HUG, mais que les urgences et les consultations ne seront pas touchées. Il ajoute que, si les gens AOS vont ailleurs, alors les HUG pourraient augmenter leur masse critique des patients privés, ce qui permettrait en outre de faire rentrer des fonds pour la formation de la relève médicale. Il ajoute que cela exigerait néanmoins d'augmenter les étages pour patients privés, mais il pense que cela pourrait se faire de façon rapide.

Une commissaire Verte ne comprend pas comment le Conseil d'Etat a pu prendre des dispositions contraires à la LAMal. Elle se demande si le canton de Genève est le seul à avoir procédé ainsi. Enfin, elle ne comprend pas que les effets de l'arrêt du TAF puissent conduire à une augmentation du coût global alors que certaines interventions pourraient se faire à moindre coût dans le secteur privé.

M. Poggia explique que cette décision a été prise car la situation n'était pas aussi précise qu'actuellement et qu'ils avaient estimé qu'un espace demeurerait pour ce faire. Il constate qu'il y avait déjà en 2012 une volonté de tout libéraliser, comme l'a par exemple fait Zurich. Ce qui a mené par ailleurs à une augmentation de centaines de millions. Il ajoute que les cantons de Vaud, du

Tessin et de Genève ont tous trois décidé de mettre des contingents, car ils ont estimé que les hôpitaux universitaires concernés avaient d'autres fonctions (formation) et qu'il fallait donc leur laisser une masse critique suffisante pour pouvoir faire cette formation.

Il ajoute que c'est désormais le libre-choix du patient qui doit primer. Il indique ensuite que le coût global va augmenter car, aujourd'hui, le canton ne paie pas pour les patients privés, alors que ça va être le cas demain. Il estime que l'on va donc subventionner indirectement les assureurs privés, en espérant qu'ils vont répercuter les sommes injectées par le canton sur les primes des assurés genevois qui paieront pour beaucoup une assurance privée, sans avoir une différence de prestation par rapport au voisin de chambre qui n'aura que l'assurance de base.

Une commissaire Verte questionne M. Poggia pour savoir si de son point de vue tout cela ne va pas pousser à être favorable au principe d'une caisse maladie unique.

M. Poggia pense que tout ce qui aujourd'hui dérégule ou uniformise le système va en effet amener les gens à se demander pourquoi ils ont une assurance privée pour quasiment les mêmes prestations. Il précise qu'il n'y a pas eu néanmoins pour le moment de volonté fédérale de faire des changements fondamentaux dans ce sens ou même de laisser s'organiser les cantons qui voudraient le faire.

Un commissaire PLR estime que le seul privilège d'un assuré privé réside dans le choix du médecin, car il considère que la qualité des chambres aux HUG n'est pas inférieure à celle des chambres des cliniques privées. Il rappelle qu'il y avait en son temps un seul ayant droit à une pratique privée dans un certain service aux HUG, puis il y en a eu cinq, et ils sont aujourd'hui une dizaine de médecins qui sont autorisés à avoir des patients privés.

L'auteur PLR de l'amendement indique qu'il est certain que, si les HUG gardent leurs mêmes coûts qu'à l'heure actuelle mais que leur activité diminue, ils vont alors devoir faire une diminution de la masse salariale et des RH.

M. Poggia considère qu'il y aura une période d'inertie, que l'on ne connaît pas encore quelles seront les habitudes des patients et donc qu'il est difficile de savoir où iront les gens; il pense qu'il faudra donc une période d'observation et accepter qu'il y ait des erreurs d'appréciation, car il serait dramatique de réduire les effectifs aux HUG et de se retrouver tout d'un coup en incapacité de répondre aux besoins.

Le président estime que si l'on part du principe que les cliniques ont le devoir d'admettre dans tous les cas 24h/24, elles auront toujours le droit de demander une garantie de déficit.

M. Poggia lui répond qu'elles ont une garantie de paiement par l'Etat car l'Etat honore ses dettes, mais qu'il n'y a pas besoin de garantie de déficit. Il ajoute par ailleurs qu'il faut qu'il puisse y avoir cette garantie pour les HUG car il y a là une obligation d'admettre totale, alors que cette obligation d'admettre pour les cliniques entre dans le cadre des cas qu'ils ont indiqué admettre, à hauteur de 80%. Il précise que l'idée est donc que les cliniques privées ne choisissent pas seulement les cas faciles et que les patients polymorbides n'aillent pas uniquement aux HUG. Il rappelle enfin que la question de la garantie pour l'Imad reste ouverte sur la base de ce que l'on a discuté.

Le président demande au commissaire PLR s'il maintient son amendement.

Ce dernier le lui confirme car il trouve que le magistrat développe un double discours. Compte tenu du fait que les HUG seront soumis aux mêmes conditions que les autres établissements, pour lui, c'est ou tout le monde ou personne. Il maintient donc son amendement, à plus forte raison qu'il est convaincu que l'on reproduit pour les soins à domicile ce qui est actuellement mis en cause pour les établissements hospitaliers. Il pense que tout le monde sera soumis aux mêmes règles, y compris l'Imad. Par conséquent, il défend le même principe que pour les HUG, à savoir que ni l'Imad ni les HUG ne nécessitent d'avoir une garantie constitutionnelle de déficit d'exploitation.

Le président pense que nous allons au-devant d'une révolution copernicienne et s'interroge sur l'opportunité de geler ce projet de loi dans l'attente de précisions sur les incidences de l'arrêt du TAF. Il observe que le TAF a semblé quelque peu emprunté pour avoir mis plus de trois pour rendre une décision.

Une commissaire Verte s'inquiète de savoir si avec l'acceptation du projet de loi, on prendrait les mêmes risques que pour la planification sanitaire 2015-2019.

M. Poggia précise que cet arrêt n'a pas d'influence sur l'Imad, mais il souligne que l'Imad a une obligation d'admettre pour les soins à domicile et donc qu'il y a là un parallélisme à effectuer avec les HUG. Il précise par ailleurs qu'ils n'ont pas une maîtrise absolue sur les programmes d'intérêts généraux des HUG. Il souligne qu'il existe aussi une concurrence entre les acteurs privés et l'Imad. Il relève que l'Etat doit aujourd'hui prendre en charge le financement résiduel des soins de tout professionnel de la santé à domicile qui est autorisé à pratiquer sur le canton de Genève, mais que cela n'est pas la même chose que l'obligation d'admettre.

Il considère pour sa part que des conditions doivent être mises en place car il n'imagine pas que Genève devienne le Pays de Cocagne pour l'ensemble des

infirmières indépendantes qui viennent travailler de l'étranger deux jours par semaine. Il observe qu'il n'en demeure pas moins qu'il ne peut pas refuser le financement résiduel à une organisation de soins à domicile qui intervient aujourd'hui à Genève. Il ajoute qu'il ne peut pas non plus les obliger à prendre en charge des personnes âgées et que l'on se rend compte que ces acteurs travaillent dans des niches particulières, tandis que le seul qui prend des patients le vendredi soir à la sortie des HUG reste l'Imad. Dès lors, il ne lui semble pas possible d'imposer l'obligation d'admettre et de lui dire ensuite : on verra si on couvre ou pas le déficit.

Sur la conformité du projet de loi, M. Poggia dit que c'est le cas car on a épuisé déjà les juridictions ; il relève qu'il peut néanmoins y avoir des contestations sur le montant du financement résiduel. Il ajoute qu'ils estimaient que, dans le cadre de la planification, le canton pouvait décider quels étaient les acteurs avec lesquels on souhaitait travailler et que l'on ne pouvait pas obliger tout le monde à payer, mais il observe que le TF a dit qu'ils ne pouvaient pas refuser le financement résiduel à quelqu'un qui pratique les soins à domicile à Genève. Il souligne que la question est donc désormais définitivement tranchée et qu'il n'y aura pas de nouveautés dans ce domaine.

Une commissaire EAG estime que le gel du projet de loi n'est pas opportun. Elle n'apprécie pas de surcroît le procédé de l'amendement général qui occulte totalement l'objet du projet de loi et lance dans ce débat une offensive contre les HUG sur fond d'opposition entre les secteurs privés et publics. Elle considère que si d'aucuns veulent défendre les intérêts du secteur privé, qu'ils ne portent au moins pas atteinte au service public.

Un député PLR estime qu'il y a une contradiction entre ce qui est avancé à propos de l'obligation d'admettre et le projet de loi 12263 sur l'organisation du réseau de soins qui prévoit dans certains cas que l'Imad puisse cesser ses prestations.

M. Poggia précise qu'il est fait là mention de situations où le maintien à domicile n'est plus indiqué et qu'une solution de substitution est possible ou encore dans des cas particulièrement difficiles, pour autant qu'une relève puisse être assurée.

Le président considère que l'on ne sait pas ce qu'il va se passer. Il ajoute que le TF dit clairement que le canton s'est trompé « *car il a d'abord servi les HUG et donné le reste aux autres* » ; il pense que l'on risque d'avoir la même situation pour l'Imad et les autres acteurs des soins à domicile. Il pense qu'il faut donc détricoter l'arrêt fédéral et revenir ensuite par la suite sur cet objet.

Le commissaire PLR indique qu'il soutiendra la proposition de gel pour avoir une vision claire des choses après les travaux sur le projet de loi 12263.

Votes

Le président soumet au vote le gel du PL 12186

Oui :	7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abstentions :	–

La proposition de gel du PL 12186 est refusée.

Le commissaire PLR considère que la couverture du déficit mélange toutes les activités et d'autre part que ce déficit d'exploitation est couvert par une subvention à l'hôpital public alors que l'arrêt fédéral vient de dire que la subvention à l'établissement est contraire à la LAMal, raisons pour lesquelles il invite la commission à voter son amendement.

Le président indique que le PDC ne votera pas l'amendement car il estime que l'on n'est pas dans une situation claire et que cela ne doit pas rentrer dans le cadre de la discussion du financement de l'Imad ; il ajoute qu'ils vont aussi refuser le financement de l'Imad proposé par le PL en partant du principe que la situation n'est actuellement pas claire. Il considère en outre que l'Imad a tendance à assumer beaucoup trop de mandats qui s'éloignent de son rôle fondamental.

Le président met aux voix l'amendement général du commissaire PLR (abrogation de l'art. 174, alinéa 2) :

Oui :	5 (4 PLR, 1 UDC)
Non :	10 (2 PDC, 1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abstentions :	–

L'amendement du commissaire PLR est refusé.

Le président soumet au vote l'article unique (174A) du PL 12186 :

Oui :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non :	7 (4 PLR, 2 PDC, 1 UDC)
Abstentions :	–

L'article unique est accepté.

3^e débat

Le président met aux voix l'ensemble du PL 12186 :

Oui :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non :	7 (4 PLR, 2 PDC, 1 UDC)
Abstentions :	—

Le PL 12186 est accepté.

Et c'est ainsi, Mesdames et Messieurs les députés, après de longues digressions sur l'organisation du travail et les conditions de rémunération des infirmières indépendantes ou sur l'arrêt du TAF sur la question de la planification sanitaire, que la commission de la santé a enfin pris position sur une question qui somme toute relève du bon sens. Faut-il, alors qu'une mission est confiée à un organisme, contraindre celui-ci à l'exécuter sans avoir la garantie de disposer des moyens nécessaires pour le faire ?

Le bon sens et la logique voudraient que non. Et pourtant, la commission était divisée à ce propos. Pire, un commissaire est venu non seulement proposer d'abandonner la proposition unique du projet de loi à l'examen, mais lui a substitué un amendement général, qui par une symétrie mal ordonnée occultait non seulement la proposition d'accorder une garantie constitutionnelle de couverture du déficit d'exploitation de l'Imad, mais demandait de surcroît la suppression d'une même garantie constitutionnelle actuellement existante pour les HUG.

Tout au long de ses travaux, les réflexions de la commission ont été traversées par un certain nombre de supputations sur la symétrie qui pourrait être établie entre la décision du TAF pour les HUG et la mise sur pied d'égalité qu'il induit pour certains établissements privés et la situation de l'Imad envers les infirmières indépendantes. Une majorité de la commission a considéré qu'en dépit des changements à venir en matière de facturation ou de contributions de l'Etat au profit du secteur privé, les HUG et l'Imad constituent les clés de voûte du système public de soins hospitaliers et de soins à domicile dans notre canton. A ce titre, et par ailleurs astreints à l'obligation d'admettre, ils doivent impérativement être assurés des moyens de remplir leurs missions sans être soumis aux aléas des discussions budgétaires.

Enfin, Mesdames et Messieurs les députés, une garantie de couverture du déficit n'est de loin pas une autorisation de laisser aller à vau-l'eau les finances d'un organisme. Les exigences des contrats de prestations demeurent, les contrôles et les comptes à rendre également. Les rapports de gestion restent

soumis à l'approbation du Grand Conseil, ainsi que les décisions budgétaires. Tous les garde-fous sont maintenus. Il n'y a donc pas péril en la demeure.

C'est pourquoi la majorité de la commission de la santé vous invite à accepter le projet de loi 12186 dans sa forme d'origine.

Projet de loi constitutionnelle

(12186-A)

modifiant la constitution de la République et canton de Genève (Cst-GE)

(A 2 00) (Une aide à domicile garantie pour tous)

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

Article unique Modification

La constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012, est
modifiée comme suit :

Art. 174A Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (Imad) (nouveau)

¹ L'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (Imad), de droit
public, assure des prestations pour le maintien à domicile et l'autonomie des
personnes.

² Le déficit d'exploitation de l'Imad est couvert par une subvention portée
chaque année au budget de l'Etat.



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé
**Service de la santé numérique, de l'économie
de la santé et de la planification**

NOTE DE SERVICE

Date : 25 février 2019

Objet : Synthèse des conclusions du Tribunal administratif fédéral dans son arrêt du
16 janvier 2019 et conséquences pour la planification 2020

Synthèse des conclusions

L'arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF) du 16 janvier 2019 contient des conclusions avec un impact important sur la prochaine planification hospitalière. Les conclusions principales sont les suivantes :

- L'évaluation des besoins en soins et leur couverture par la liste hospitalière doit prendre en compte l'intégralité des assurés à l'assurance obligatoire des soins (AOS), y compris ceux au bénéfice d'une assurance complémentaire au sens de la LCA.
- L'attribution des missions de la liste hospitalière et des cas correspondants aux établissements doit se faire de la même manière pour les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) que pour les cliniques privées.
- La fixation d'un taux minimum de patients au bénéfice de la seule assurance de base n'est pas admissible dans les mandats des cliniques privées si les HUG ne sont pas soumis à la même obligation.
- Le financement par mandat de prestations, avec une enveloppe définie par établissement, s'apparente à un financement par établissement alors que la loi sur l'assurance-maladie prévoit un financement par prestation.

Conséquences pour la prochaine planification hospitalière

Afin de rendre conforme la prochaine planification hospitalière avec les conclusions du TAF, plusieurs principes de la précédente planification vont être revus.

Le tableau ci-dessous récapitule les changements qui seront apportés dans l'établissement des besoins à couvrir, dans l'appel d'offres et dans le contenu des mandats des prestations dès 2020.

Planification hospitalière 2016-2019	Planification hospitalière dès 2020
Les besoins en soins à couvrir correspondent aux cas ne bénéficiant que de l'assurance obligatoire des soins.	Les besoins en soins à couvrir correspondent à l'intégralité des cas bénéficiant de l'assurance obligatoire des soins, y compris ceux bénéficiant également d'une assurance complémentaire (cas LAMal).
Les cas soumis à appel d'offres correspondent à ceux qui ne sont pas effectués par les HUG.	Tous les cas LAMal sont soumis à l'appel d'offres, à l'exception de ceux relevant de la médecine hautement spécialisée (MHS), qui fait l'objet d'une planification à part.
Les cliniques privées inscrites sur la liste hospitalière ont des missions médicales identiques.	Les groupes de prestations sont attribués aux établissements en fonction de leur réponse à l'appel d'offres, de leur respect des critères de qualité, de leur économicité et de la concentration de l'offre. Il n'y a pas d'obligation à inscrire un établissement sur la liste hospitalière.
Les cliniques privées inscrites sur la liste ont une enveloppe financière qui limite le nombre de cas que le canton cofinance en une année.	Les établissements inscrits sur la liste ne sont pas limités en nombre maximal de cas LAMal et en cofinancement de l'Etat pour les missions qui leur ont été attribuées.
Les cliniques privées n'ont pas de seuil minimal de cas à accomplir.	Les établissements inscrits sur la liste s'engagent à effectuer au moins 80% des cas annoncés dans chaque mission lors de l'appel d'offres.
Les cliniques privées inscrites sur la liste doivent effectuer au moins 75% de cas ne bénéficiant que de l'assurance-maladie de base.	Les établissements inscrits sur la liste doivent effectuer au moins 50% de cas ne bénéficiant que de l'assurance-maladie de base.
Les enveloppes servant au cofinancement des cas dans les cliniques privées sont inscrites dans les mandats de prestation. Le cofinancement des cas de soins aigus est inclus dans l'indemnité médicale du contrat de prestations des HUG. Les cas effectués dans des établissements hors-canton sont prévus dans un budget à part.	Un budget global servant à couvrir le cofinancement de l'intégralité des cas LAMal de résidents genevois est établi. Il sert à cofinancer les séjours stationnaires effectués dans les établissements de la liste hospitalière pour les groupes de prestations qui leur sont attribués, ou effectués dans des établissements hors canton pour les groupes de prestations leur sont attribués sur la liste de leur canton.

Date de dépôt : 26 mars 2019

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Pierre Conne

Mesdames et
Messieurs les députés,

La minorité de la commission de la santé s'oppose à inscrire dans notre constitution cantonale « **Le déficit d'exploitation de l'Imad est couvert par une subvention portée chaque année au budget de l'Etat** » pour les motifs suivants :

1. La couverture automatique du déficit d'exploitation, en raison de la garantie constitutionnelle, est un oreiller de paresse budgétaire, un blanc-seing donné aux dépenses de l'Imad, alors que celles-ci sont planifiables, et une perte de contrôle du pouvoir législatif.
2. L'« obligation d'admettre », c'est-à-dire l'obligation d'accepter toute demande de prestations à domicile couvertes par la LAMal, ne sera bientôt plus l'apanage de l'Imad, car la future loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) prévoit de donner la compétence de dispenser des soins à domicile à toutes les organisations, privées et publiques (dont l'Imad), qui rempliront les conditions fixées dans cette nouvelle loi.
3. Cette même nouvelle LORSDom dispose que les fournisseurs de prestations pourront mettre fin aux soins fournis à domicile si la situation dépasse leurs capacités de prises en charge.
4. Se référer au fait que la garantie constitutionnelle de couverture des déficits est donnée aux HUG pour justifier, par souci de symétrie, de l'accorder également à l'Imad n'est plus un argument pertinent, car cette garantie « historique » ne devrait plus exister pour les HUG depuis 2012 :
 - Jusqu'en 2012, la LAMal prévoyait que seuls les établissements publics médicaux bénéficiaient de l'aide publique. Ils recevaient une subvention globale pour répondre aux besoins médicaux impératifs de la population. La garantie constitutionnelle du déficit d'exploitation des HUG pouvait se comprendre dans ce cadre.

- En 2012, la LAMal a été modifiée et dispose depuis lors une égalité de traitement des hôpitaux publics et privés sur le plan du financement et de la planification : ce n'est plus l'hôpital qui est financé (c'est-à-dire subventionné globalement) mais les prestations des hôpitaux, publics comme privés, dans le respect de règles identiques : 55% du prix de la prestation hospitalière stationnaire est payé par l'Etat, 45% au maximum par l'assurance-maladie de base.
- Depuis 2012, il n'aurait donc plus dû y avoir ni contrat global ni subvention pour les HUG mais, à la place et pour répondre aux besoins de la planification hospitalière cantonale, un achat de prestations par l'Etat, sur la base d'appels d'offres ouverts aux prestataires privés et publics.
- Le Tribunal administratif fédéral, suite à son arrêt du 16 janvier 2019, communique sous le titre « La planification hospitalière du canton de Genève viole le droit fédéral » :

Extraits : « La planification hospitalière du canton de Genève ne respecte pas les critères de planification fixés dans le droit fédéral, tant concernant la détermination des besoins que l'évaluation et le choix de l'offre. [...] Elle viole l'égalité de traitement entre concurrents [privés et publics]. Le budget global [des HUG] est [...] illicite. »

Compte tenu de ces éléments, la minorité de la commission de la santé dépose un amendement général au PL 12186 qui supprime la garantie constitutionnelle de couverture du déficit d'exploitation des HUG et, par conséquent, ne l'attribue pas non plus à l'Imad.

Proposition d'amendement général au PL 12186

Projet de loi constitutionnelle modifiant la constitution de la République et canton de Genève (Cst-GE) (A 2 00)

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

Article unique *Modification*

La constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012, est modifiée comme suit :

Art. 174, al. 2 (abrogé)

Mesdames les députées et Messieurs les députés, sur la base de ces arguments, la minorité de la commission vous demande :

1. D'accepter l'amendement général présenté ci-dessus.
2. En cas de refus de l'amendement général, de refuser le PL 12186.

La minorité de la commission vous remercie, Mesdames les députées et Messieurs les députés, d'accueillir favorablement ces propositions.