

Date de dépôt : 5 juin 2018

Rapport

de la commission des travaux chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat ouvrant un crédit au titre de subvention d'investissement de 3 956 000 F, pour les exercices 2018 à 2021, destiné à la digitalisation des services du système d'information au regard de l'évolution des prestations de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (imad)

Rapport de M. Christian Flury

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission des travaux, sous la présidence de M. François Lefort, a examiné ce projet de loi lors de sa séance du 29 mai 2018.

M. Alan Rosset, responsable budget investissements du département des finances, et M. Nicolas Huber, secrétaire scientifique auprès du secrétariat général du Grand Conseil, ont assisté aux travaux de la commission. Qu'ils soient remerciés de leur précieuse contribution.

Nous remercions également M. Sébastien Pasche pour son méticuleux et précis travail de procès-verbaliste.

Préambule

Le Conseil d'Etat a déposé ce projet de loi ouvrant un crédit au titre de subvention et d'investissement, pour les années 2018 à 2021, destiné à la digitalisation des services d'information de l'imad.

Pour mémoire, en 2017, cette institution a suivi plus de 17 200 patients, tous plus ou moins atteints dans leur santé et dont elle a permis le maintien à domicile. Les années à venir, le nombre de patients appelés à être suivis par l'imad va croître. Le développement continu et l'amélioration de flux des

données informatisées permettront d'améliorer l'efficacité du suivi en temps réel des dossiers des patients, des plannings des personnels soignants, l'ensemble au profit du cœur de leur activité : l'assistance et les soins apportés à nos aînés.

Présentation du projet de loi

La commission reçoit : M^{me} Marie Da Roxa, directrice générale, imad, M. Yves Ligier, directeur de l'exploitation, imad, et M. Adrien Bron, directeur général de la santé, DEAS

M. Bron remercie la commission et indique tout d'abord que nous avons une politique de maintien à domicile qui existe depuis de nombreuses années à Genève, mais que celle-ci reste un axe central de la politique sanitaire cantonale. Il relève que, pour permettre au fond ce maintien à domicile, il faut avoir une bonne coordination entre les acteurs, ce qui permet d'éviter les soins qui sont évitables et d'avoir ce choix de maintien à domicile. Il ajoute que, pour cela, il faut une modernisation de toute l'infrastructure informatique.

Il rappelle que l'imad a fait l'objet d'un gros effort par le passé pour créer l'informatique nomade métier qui permet aux collaborateurs de travailler sur des outils informatiques auprès du patient, mais il relève qu'il faut maintenant accompagner l'imad dans une dimension porteuse du futur pour que cette institution puisse avoir des outils qui soient vraiment ouverts aux interactions avec les autres systèmes de soins et à l'interopérabilité.

Il relève que cet enjeu est central pour la DGS et le DEAS et il observe que ce PL s'insère donc dans cette stratégie, mais aussi dans celle d'accès par le patient à ses données médicales, grâce à « MonDossierMédical.ch », qui permet d'avoir une bonne gestion des droits d'accès. Mais il relève que ce n'est pas cette plateforme qui permet aux différents systèmes de parler avec le SI de l'imad, le SI des HUG, etc.

Il explique que tout cela demande une structuration des informations qui soit adéquate et une architecture qui permette une ouverture des systèmes pour cette interopérabilité. Il considère que le but de ce PL est bel et bien de permettre une prise en charge adéquate, avec des outils modernes, dans un réseau de soins qui soit cohérent et efficace.

M^{me} Da Roxa remercie la commission et indique tout d'abord que l'imad a rarement l'occasion de venir à la commission des travaux, raison pour laquelle elle désire faire, en introduction, une petite présentation de l'institution.

Elle rappelle qu'une loi pour promouvoir l'aide et les soins à domicile a vu le jour en 1991 et que l'imad est issue de la réorganisation de multiples petites

structures d'aides ménagères, de soins à domicile et de livraison de repas à domicile en une fusion successive de 26 associations, sous la forme de la FSASD en 1999, qui est en fait l'ancêtre de l'imad, laquelle est devenue un établissement public autonome au 1^{er} janvier 2013 et l'une des six régions publiques principales. Elle souligne qu'il s'agit donc du résultat de 25 ans d'efforts qui a mené à la création de l'imad.

Elle rappelle ensuite qu'ils fonctionnent 24h/24, 7j/7, ce qui représente environ 70% des heures de soins facturées à la LAMal sur tout le canton. Elle souligne en outre qu'une personne sur trois de plus de 80 ans est suivie par l'imad et une personne sur deux de plus de 90 ans.

M^{me} Da Roxa observe que l'on voit aussi arriver une explosion des maladies chroniques et des problématiques de santé mentale, ce qui conduit à une complexification des prises en charge, ce qui fait qu'il y a un report sur les soins à domicile. Elle ajoute que l'on a donc un enjeu majeur qui est celui de passer d'un système organisé autour des soins aigus et de l'hôpital vers un réseau de soins coordonné et de proximité qui permette aux gens de rester à domicile en bonne santé le plus longtemps possible.

Elle évoque ensuite l'obligation d'admettre imposée à l'imad, ce qui signifie qu'ils ont la responsabilité de répondre aux besoins, quelle que soit la situation au niveau des charges de travail des équipes et quels que soient le lieu où habite la personne, sa fortune, etc.

Elle ajoute que la notion de frais de déplacement n'est pas prise en compte lorsque l'on est infirmière ou aide à domicile, contrairement à ce qui se passe pour les médecins ou les ergothérapeutes, et elle observe que cela n'est pas anodin puisque ces déplacements représentent pour l'imad 300 000 heures par année qui viennent à charge du financement au niveau du canton. Elle explique que cette organisation décentralisée les a conduits à réfléchir à un système d'information (SI) pour les collaborateurs de terrain, appelés collaborateurs nomades, qui sont en permanence à l'extérieur.

M^{me} Da Roxa évoque les trois missions principales de l'imad : **soutenir**, **soigner** et **former**. Elle précise qu'il y a toute une série de prestations qui s'articulent toujours autour du patient et de sa famille, en collaboration avec les partenaires du réseau de soins. Elle souligne que ce travail représente plus de 635 000 heures, 486 000 repas, 10 290 jours d'hébergement en UATR et 6800 prestations par jour. Elle relève que l'on doit donc aller vite et agir en temps réel pour une population qui a une problématique lourde de prise en charge et pour qui la communication entre le médecin et l'imad est essentielle.

Elle souligne que ces contacts représentaient l'année passée plus de 50 000 fax, ce qui complique leur situation lorsque par exemple un médecin

n'est pas dans son cabinet et qu'on lui demande une prescription par fax. Elle indique qu'ils sont actuellement plus de 2000 collaborateurs, dont 90% sur le terrain. Elle rappelle qu'il y a un vieillissement de la population et une perte d'autonomie et qu'il existe actuellement une explosion des maladies chroniques et des problématiques de santé mentale.

Elle souligne par exemple que le cancer était une maladie mortelle et est devenu une maladie chronique ; elle s'en félicite pour ceux qui peuvent en vivre mais relève que cela nécessite néanmoins un accompagnement.

M^{me} Da Roxa ajoute que le virage ambulatoire est une volonté fédérale et cantonale et qu'il se concrétise sur des enjeux de maintien à domicile et sur la coordination des informations, ce qui aboutit à une complexification des prises en charge. Elle ajoute que cela signifie que, s'ils veulent garder une qualité de prise en charge et de soins, ils doivent absolument pouvoir communiquer facilement et partager des données et donc que l'enjeu de numérisation du système informatique est capital.

M^{me} Da Roxa évoque ensuite la pénurie de professionnels sans précédent, et elle considère donc que le fait d'avoir un SI qui permette à chaque collaborateur d'avoir une plus grande valeur ajoutée dans son vrai métier est particulièrement important. Par ailleurs, elle relève qu'il y a une augmentation des attentes des clients, notamment au niveau des informations sur leur santé, mais aussi des proches aidants, par exemple le besoin de commander des repas à 23 h pour planifier la semaine suivante, ce qui n'est pas possible actuellement.

Elle relève qu'il y a par ailleurs des besoins de coordination et de partage avec les médecins, les pharmaciens, les HUG et encore d'autres organisations. Ensuite, au niveau de l'organisation de l'imad dans le réseau de soins, elle explique qu'un certain nombre de processus internes doivent être adaptés, en lien avec la numérisation. Elle souligne plus loin que le PL est en phase avec la stratégie nationale qui vise à promouvoir l'ambulatoire, ce qui signifie que l'on doit pouvoir s'adapter encore plus dans l'organisation des soins à domicile, mais aussi en phase avec la stratégie cantonale de poursuite du développement du maintien à domicile.

M^{me} Da Roxa précise qu'ils viennent d'adapter la stratégie qui sort à l'instant de l'imad, qui a été votée par le CA, ratifiée par M. Poggia, et dans laquelle la transition numérique figure parmi les neuf objectifs qu'ils ont retenus. Elle ajoute qu'ils ont clairement un alignement avec ce qu'il se passe au niveau de « MonDossierMédical.ch », mais elle souligne qu'il y a aussi des enjeux de connexion directe avec les HUG, les médecins de ville ou les

pharmaciens pour traiter une situation et assurer la coordination au niveau des prises en charge.

Au-delà des mots, elle précise que le but de la transition numérique est qu'elle permette au patient d'être réellement au centre du dispositif et que l'on puisse s'organiser pour que la prestation soit allouée de la meilleure manière possible, en évitant des redondances. Elle rappelle que le système d'information actuel, considéré comme avant-gardiste lorsqu'il est sorti il y a environ dix ans, montre aujourd'hui ses limites. Elle souligne qu'il y a trois blocs faiblement interconnectés et quasiment non interopérables avec l'extérieur : le dossier clinique des patients, les RH et les finances.

M^{me} Da Roxa relève qu'une partie des choses est déjà informatisée, mais pas tout ; elle précise que l'exemple le plus flagrant est la prescription médicale qui est faxée à une infirmière, avec deux risques : un fax n'est pas toujours disponible selon l'endroit où se trouve le médecin ; par ailleurs, ils doivent canaliser la manière de partager l'information. Elle relève que, dans d'autres cantons, il se crée des groupes WhatsApp pour gérer des situations de soins palliatifs ; elle estime que cette notion de rapidité est très importante, car le monde évolue vite et la vitesse à laquelle vont aujourd'hui les mutations nécessite selon elle que l'on change de paradigme et que l'on trouve de nouveaux moyens.

Elle précise que les trois axes sur lesquels se porte le PL sont : le socle numérique (avec la dématérialisation des données), les processus internes et les services d'échange.

M. Ligier explique qu'il y a donc trois grandes parties dans le périmètre de ce PL, avec d'abord le socle numérique dont l'objectif est de développer l'infrastructure qui permet de gérer les informations sous forme numérique : il explique qu'ils aimeraient mettre en place une GED pour le stockage des informations qui sont encore sous forme papier, tout en ayant un partage et un travail collaboratif et avoir un système d'archivage. Il ajoute ensuite que l'on a aussi besoin d'un système de gestion de la sécurité qui permette d'identifier les personnes et de tracer tout ce qu'il se passe.

Il souligne que les aspects de sécurité s'appliquent à la fois en interne et en externe. Il relève qu'ils essayent avec la DGS de concevoir un vrai réseau de soins et donc que, pour cela, il faut que leurs services puissent échanger avec d'autres services, d'où la notion de services d'échange, pour lesquels ils doivent développer un canal de communication qui soit le plus standard possible. Il précise qu'il y aura ensuite des connecteurs à développer et il ajoute qu'ils doivent aussi mettre en place des processus internes pour les collaborateurs, par exemple des espaces collaboratifs pour pouvoir être

efficace sur les modes de travail et travailler sur les informations de manière collaborative.

Il indique en outre qu'il y a le CRM qui permet d'avoir une vision globale des clients. Il rappelle que, dans la transformation numérique, la première chose qui revient aujourd'hui c'est justement l'expérience client, en somme arriver à avoir une vision de ce que le client perçoit dans une base unique, ce qui leur manque aujourd'hui. Pour les RH, il précise qu'ils utilisent les services fournis par les HUG, mais qu'ils sont en collaboration avec ces derniers pour faire évoluer cela vers un projet de refonte RH, en particulier la gestion des plannings collaborateurs.

M^{me} Da Roxa rappelle que la transition numérique doit rester au service des clients, des patients, des proches aidants, des partenaires et des collaborateurs. Elle relève que c'est aussi une nécessité, car les modes de communication et d'échange évoluent et, donc, plutôt que d'avoir des modes de communication qui prennent des voies parallèles, elle considère qu'il est important d'être dans des périmètres normés et sécurisés. Elle évoque en outre l'enjeu des charges administratives et des temps qui peuvent être facilités en automatisant certaines choses ou en évitant la ressaisie de certaines informations. Elle pense donc qu'il n'y a pas de virage ambulatoire possible sans virage numérique. Elle estime enfin que les enjeux de la transformation numérique vont permettre à l'imad de passer à une organisation d'une autre taille en lien avec le réseau de soins.

M. Bron considère que c'est en effet un enjeu central que d'avoir des outils adaptés au potentiel que l'on peut fournir aujourd'hui. Il relève que c'est un montant de 4 millions sur quatre ans (jusqu'à 2021) et il rappelle qu'il y a aura ensuite d'autres évolutions, avec d'autres étapes d'informatisation, car il observe qu'il faut des investissements qui soient relativement constants dans ces domaines. Il indique enfin que le fait d'avoir un véritable socle technique de l'architecture informatique permet donc d'affronter ces enjeux-là.

Questions des commissaires

Un député (PLR) relève que la COFIN avait vu que le gros de la masse salariale de l'imad concernait les personnes qui sont proches des patients ; il désire donc connaître le ratio des tâches administratives dévolues aux collaborateurs. Il pense que plus il y aura de demandes, plus il y aura de collaborateurs et il désire savoir si l'on va pouvoir faire cela à coût constant, au niveau de l'amélioration du processus administratif.

M^{me} Da Roxa indique qu'ils oscillent entre 2000 et 2100 collaborateurs avec 90% sur le terrain et donc 10% pour l'administratif, incluant 7% de

cadres. Elle précise que ce taux de cadres est le plus faible de l'appareil étatique, mais elle rappelle que l'agilité ne doit pas devenir une fragilité. Elle souligne que cette proportion de collaborateurs de terrain est constante, même si elle a légèrement augmenté (90,6% contre 90,3% en 2011).

Elle relève qu'il est important qu'il y ait des équipes à taille humaine. Elle explique qu'ils ont des processus administratifs RH et de gestion des temps sur lesquels il y a un impact, mais elle relève qu'il faut surtout voir le temps que perdent les soignants sur le terrain lorsqu'ils doivent coordonner l'information. Elle précise que le vrai effet de levier est manifestement sur le travail demandé en lien avec l'organisation des journées, la saisie des évaluations cliniques, la simplification des processus, la communication avec le médecin, etc. Elle rappelle que, lorsque l'on ne peut pas communiquer avec un médecin, il y a des effets de bord extrêmement importants au niveau de la qualité de la prise en charge.

Ce député (PLR) comprend que la gestion des dossiers des patients se fait en lien avec les HUG.

M. Ligier explique que c'est le cas pour les collaborateurs, mais pas pour les dossiers patients. Il souligne que les dossiers cliniques sont hébergés chez un hébergeur pour l'imad. Il souligne qu'il s'agit d'un hébergeur sur Genève.

Au même député (PLR) qui demande s'il y a beaucoup de prestataires pour développer ces outils, M. Ligier répond que cela dépend de quelle partie l'on parle ; il relève que, si l'on recherche une application spécifique au maintien à domicile, c'est beaucoup plus difficile par exemple que de trouver quelque chose en termes de sécurité informatique. Il explique qu'ils regardent beaucoup ce qui se passe à ce niveau en France, où c'est en train d'évoluer.

Toujours au même député (PLR) qui demande si le coût de maintenance de 20% sera en interne ou en externe, M. Ligier rappelle que, lorsqu'il a commencé à travailler, l'on donnait les logiciels gratuitement avec des machines qui étaient hors de prix, puis que le prix des machines a chuté, que l'on a alors commencé à vendre à part les logiciels, alors qu'aujourd'hui les fournisseurs de logiciels vendent des services et plus les logiciels en tant que tels. Il observe qu'il y a donc une grande évolution dans les pratiques informatiques et il précise que le coût de maintenance d'un logiciel est aujourd'hui à 26% ou 27%. Il souligne qu'ils ont chiffré ici des coûts de maintenance, également pour les développements qui allaient avec.

Ce député (PLR) comprend donc que cela fait partie du fonctionnement de l'imad, M. Ligier confirme cela.

Une députée (S) observe qu'il y a 83% de femmes travaillant à l'imad ; elle désire savoir quel est le type de profil socioprofessionnel que cela concerne.

Elle relève qu'ils montrent qu'il y aura, grâce à la numérisation, aussi un temps qui se dégage pour être plus proche des personnes que l'on visite. Elle désire donc savoir quels sont les types de formation nécessaires pour implanter ce projet et permettre aux collaborateurs d'être à la fois efficaces sur cet outil, sans que ce dernier ne devienne chronophage et ait un effet pervers d'accaparement.

M^{me} Da Roxa précise qu'il y a plus d'une centaine de métiers à l'imad, dont principalement plus de 700 infirmières et presque 400 ASSC, avec un âge moyen de 45 ans. Elle ajoute que l'on voit en effet une grande transformation liée au système de financement LAMal au niveau fédéral, depuis 2011, lorsque la LAMal a décidé de se limiter à la prise en charge de certains actes, qui sont en plus minutés, ce qui change considérablement le métier et pousse le système à ses limites.

Elle ajoute que les patients qui sont suivis 6 ou 7 jours sur 7 a augmenté de 32% et donc qu'il faut désormais transformer l'organisation dans une véritable logique de travail 7j/7 pour les 50 équipes, avec tout ce que cela suppose.

Elle relève que, lorsqu'ils ont une prescription du médecin pour préparer un semainier, le temps alloué par la LAMal est le même qu'il y ait 4 ou 18 médicaments à préparer. Elle relève qu'il s'agit certes d'une problématique nationale, mais avec des effets de bord et un transfert de charges massif pour le canton.

M^{me} Da Roxa souligne qu'ils ont donc le souci d'éviter l'augmentation de la charge administrative sur les infirmières, avec des assureurs qui sont assez voraces en termes d'information ; elle relève que ce serait néanmoins une amélioration si l'on pouvait éviter que l'infirmière doive inscrire une fois les données dans le dossier clinique et une fois dans la facturation.

Elle pense qu'il s'agit d'un vrai levier sur lequel l'on peut se baser pour donner du sens au travail des collaborateurs. Elle ajoute enfin qu'il y a actuellement un système de minutage qui n'est pas du tout cohérent avec ce qu'on leur demande de faire et qui met donc une grande pression sur le travail des collaborateurs, lesquels souffrent en plus de la pénurie existante dans les métiers des soins.

A la députée (S) qui demande si les collaborateurs vont devoir être formés à l'outil, M^{me} Da Roxa rappelle que le fait qu'ils aient déjà dématérialisé une partie du dossier clinique en 2011 a permis aux infirmières et au ASSC de travailler sur smartphone et elle pense donc que la formation ne va pas être très difficile pour les collaborateurs.

Elle explique qu'à l'époque, sur l'entier des collaborateurs qu'ils ont accompagnés, il n'y a eu que deux personnes qu'ils ont dû pousser à une

prétraite, car les autres ont tout de suite pris en main ce nouvel outil de travail ; elle estime qu'il faut aujourd'hui se poser la question de comment bien utiliser ces outils numériques plutôt que de se demander s'il faut les utiliser ou pas.

Un député (PDC) trouve qu'il est toujours intéressant de voir quels sont les soucis et les besoins de l'imad. Il pense qu'on a en effet besoin de cet outil numérique, mais il se demande si l'évolution de cet outil a été menée dans leur coin ou alors s'ils ont pris contact avec d'autres sociétés qui font le même métier qu'eux.

M^{me} Da Roxa précise qu'il s'agit surtout de pouvoir collaborer avec les autres cantons qui ont des équipes pluridisciplinaires de la même taille que l'imad, à savoir des organisations cantonales ; elle précise qu'ils ont collaboré en particulier avec l'institution présente dans le canton de Vaud (AVASAD). Elle précise qu'ils sont en train de travailler sur le dossier clinique avec des progiciels similaires et elle ajoute qu'ils travaillent aussi actuellement sur l'évolution de l'outil d'évaluation clinique à partir d'un outil également similaire.

Elle indique ensuite que, en ce qui concerne les dossiers RH et la gestion des temps, ils sont en collaboration avec les HUG et elle observe qu'il n'y a pas de possibilités de faire évoluer un système en interopérabilité avec les médecins s'ils ne parlent pas avec l'AMG ou encore les pharmaciens de « PharmaGenève ». Elle précise que l'on ne peut pas faire cela dans notre coin car, alors, le projet est voué à l'échec. Elle rappelle que l'un de leurs objectifs stratégiques est « ensemble » et elle affirme que ce n'est pas par hasard, car elle estime qu'ils doivent vraiment incarner le réseau de soins à travers toute une série de collaborations avec les différents partenaires.

Ce même député (PDC) se demande s'ils ont pu bénéficier de ce qui se passe hors canton, notamment pour la structure de base du logiciel. Il relève qu'il s'agit de coûts importants et qu'il faut donc profiter, selon lui, de ce qui a déjà été fait.

M^{me} Da Roxa indique qu'ils n'entendent pas faire du sur-mesure en ignorant ce qui s'est fait ailleurs et elle souligne qu'ils ne vont donc pas inventer la roue pour le volet dématérialisation. Néanmoins, elle explique qu'en ce qui concerne les avancées sur les outils d'évaluation clinique, c'est plutôt l'imad qui donne le la sur la manière d'enrichir le système.

Elle rappelle que leur cœur de métier, c'est les soins et assurer le maintien à domicile et qu'ils ne vont donc pas chercher la difficulté juste pour la difficulté. Concernant la dématérialisation du socle numérique, elle relève qu'il n'y a pas tellement de développement de logiciels, mais que ce sont des choses qui vont peu à peu exister sur le marché.

Un député (MCG) salue la qualité du travail qu'ils font au quotidien et salue également l'utilisation de vélos et de vélos électriques par leurs collaborateurs. Il se demande comment l'imad se positionne par rapport à « MonDossierMédical.ch » ; il pense que cette plateforme reste du chinois pour la plupart des patients, notamment à cause de leur âge.

M^{me} Da Roxa pense que « MonDossierMédical.ch » est très important car cela pose un cadre et un cap. Elle observe que le fait d'avoir un cadre permet de construire une vision du SI du réseau de soins sécurisé, avec une traçabilité des informations est au fond une responsabilité qu'ils ont en tant qu'institution publique et en tant qu'Etat ; elle pense que « MonDossierMédical.ch » est donc une nécessité. Néanmoins, elle relève qu'il y a des besoins immédiats de communication et qu'il ne faut pas les opposer au développement futur de « MonDossierMédical.ch ».

Elle souligne que les baby-boomers qui vont arriver à l'imad dans 10 ans vont aussi avoir une approche différente des nouvelles technologies ; elle observe que le rapport avec ces dernières est en train de changer très vite, même parmi leurs patients les plus âgés. Elle ajoute que, lorsqu'ils organisent des activités avec des tablettes tactiles, l'on se dispute les tablettes dans les immeubles à encadrement.

M. Bron rappelle que « MonDossierMédical.ch » concerne les éléments qui relèvent du dossier clinique et du dossier médical. Il indique qu'il s'agit d'une gestion des droits d'accès, avec un accès pour le patient par visualisation de son dossier, alors que ce PL va couvrir bien d'autres aspects et donc que les périmètres ne sont pas du tout les mêmes. Il précise cependant que cette mise à niveau en termes d'interopérabilité renforce bien sûr « MonDossierMédical.ch », car cela permet un véritable échange de documents et de vraies interopérabilités entre les HUG, l'imad, les médecins, etc.

A ce député (MCG) qui demande combien l'imad compte de directeurs, M^{me} Da Roxa répond qu'ils en ont 23, y compris le comité de direction.

Au même député (MCG) qui demande quelle est la politique d'engagement de l'imad par rapport à la directive de la préférence cantonale, M^{me} Da Roxa répond que cette dernière est complètement appliquée et elle rappelle qu'ils ont engagé, entre 2014 et 2017, 151 chômeurs et qu'ils continuent à passer par l'OCE pour tous les profils qui ne sont pas des soignants ; elle souligne qu'il n'y a pas d'infirmières ou d'ASSC au chômage.

Elle pense que le système genevois devrait pouvoir développer d'autres leviers de formation pour couvrir ces besoins en termes de relève et de professionnels de la santé.

Une députée (S) estime que, dans le canton de Vaud, ils sont en avance au niveau de la digitalisation, notamment au CHUV ; elle demande donc où en est l'équivalent vaudois de l'imad au niveau de la digitalisation.

M^{me} Da Roxa indique qu'il s'agit de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) ; elle rappelle que Genève a lancé le développement du maintien de l'aide à domicile il y a plus de 25 ans et l'a devancé aussi au niveau politique puisque l'imad est issue de la fusion successive de dizaines d'associations qui a donné lieu à la création de la FSASD en 1999, qui est en fait l'ancêtre de l'imad, devenu un établissement public autonome en 2013. Elle précise que ce n'est pas le cas sur le canton de Vaud, où il y a une association faitière, avec sept fondations différentes, qui elles-mêmes chapeautent encore des secteurs. Par ailleurs, elle explique que l'informatisation nomade se fait en parallèle, mais avec une légère avance sur le canton de Genève. Elle rappelle que Genève a choisi dès le départ d'informatiser les évaluations cliniques, car cela permettait de venir en soutien des infirmières avec des alertes générées par le système et puis, par ailleurs, qu'ils ont fait le choix en 2011 de considérer que chaque infirmière était une référente, avec la responsabilité de faire une évaluation de toute la réalité du patient, ce qui n'était pas le cas au canton de Vaud, où ils avaient décidé de choisir seulement entre 50 et 100 évaluatrices. Elle relève que Vaud est néanmoins en train de faire marche arrière pour revenir vers le même système que Genève. Elle observe en outre que l'outil d'évaluation RAIL, qui doit évoluer vers INTERRAIL, fait actuellement l'objet de partenariats pour tendre vers une communication sur ce qui se fait à domicile, à l'hôpital et en EMS.

M. Ligier ajoute qu'ils échangent beaucoup avec les Vaudois et qu'ils ont même regardé pour faire une infrastructure commune, mais ils se sont aperçus que les coûts administratifs allaient les pénaliser fortement. Il rappelle qu'ils ne sont pas en concurrence et qu'ils ont tout intérêt à bien s'entendre.

M. Bron précise qu'il y a eu un gros effort pour que Vaud, Neuchâtel et Genève aient le même outil de base. Il souligne qu'ils travaillent en commun tant sur l'interopérabilité, les outils INTERRAIL que sur le développement du dossier électronique du patient. Il rappelle que Genève a traditionnellement une petite longueur d'avance, notamment grâce à une grosse informatisation de l'hôpital.

Une députée (PLR) désire savoir s'ils forment des apprentis et des stagiaires et s'il y a une évolution dans le nombre de ces derniers. Par ailleurs, elle se demande s'ils interviennent aussi dans des écoles professionnelles.

M^{me} Da Roxa souligne qu'ils ont triplé le nombre d'apprentis, qu'ils vont passer à 80 apprentis ASSC pour septembre 2018, dont 28 nouveaux ASSC en

première année, ce qui montre selon elle l'importance qu'ils donnent à la relève et à la problématique de la pénurie de professionnels de la santé, mais elle observe qu'ils arrivent gentiment au maximum de ce qu'ils peuvent absorber en tant qu'institution. Elle ajoute qu'ils ont formé en validation d'acquis plus de 290 ASSC au cours des six dernières années. Elle rappelle qu'il y a en permanence environ 40 stagiaires de la HEdS et qu'ils vont maintenant passer à un dispositif dans lequel les apprentis ASSC seront encadrés par leurs pairs, ce qui va permettre de dégager des infirmières et d'augmenter potentiellement leur volume de stagiaires. Elle souligne qu'ils souhaitent développer cela car il s'agit d'une responsabilité sociale, mais aussi pour pouvoir garantir une relève car il s'agit d'enjeux fondamentaux. Elle estime que la formation continue est en outre très importante.

Le président relève qu'ils ont fait un travail extraordinaire en 25 ans, mais il observe qu'il y a une augmentation de 32% des patients qui requièrent des prestations 6 ou 7j/7 ; il se demande si cela relève d'une dégradation de la santé générale ou alors d'un goulet d'étranglement qui fait que ces personnes qui mériteraient ces prestations 6 ou 7j/7 n'arrivent pas à les trouver dans un secteur d'accueil plus permanent.

M^{me} Da Roxa précise qu'ils ont un indicateur qui leur fait monitorer les personnes qui sont en limite de maintien à domicile et elle souligne que, pour les personnes dont elle parle, ce n'est pas le cas. Elle ajoute qu'il y a aussi un impact de la diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers. Elle précise que, si d'aventure ils dépassaient les bornes, ils font confiance aux assureurs pour les rappeler à l'ordre. Elle considère que la vraie limite de maintien à domicile relève plus de l'augmentation des troubles cognitifs que des limitations physiques. Elle pense par ailleurs que le virage ambulatoire signifie aussi qu'il y a une volonté de raccourcir les durées moyennes de séjour à l'hôpital ; une volonté qui doit être en lien avec les activités de l'imad, via le système de financement des DRG. Elle relève en outre que l'on a prouvé médicalement que l'hôpital n'était pas forcément le meilleur lieu pour rester lorsque l'on est âgé. Elle ajoute que la mythologie d'il y a 20 ans ou 25 ans, lorsque les infirmières pouvaient aller boire le café entre les trois visites qu'elles avaient à faire dans la journée n'est plus de rigueur et que le monde a changé. Elle souligne en outre qu'il faut se battre en parallèle contre le minutage LAMal.

Le président relève que l'on suppose donc une augmentation des besoins, mais il se demande à combien cette évolution est évaluée.

M. Bron répond qu'ils sont en train de refaire tout l'exercice pour la planification sanitaire, mais il souligne que cette évolution est importante puisqu'elle est estimée à 4% par année. Il précise que la DGS partage tout ce qui vient d'être dit par rapport au fait que l'assurance sociale doit être une

contribution pour les soins, mais que cela demande un effort pour optimiser un certain nombre de gestes pour avoir plus de temps pour le patient, notamment sur ce qui est facturable selon la LAMal.

Il explique qu'ils aimeraient que l'on gagne du temps, non pas pour des choses superflues, mais pour faire une vraie coordination et pour la constitution d'équipes autour du patient, ce qui permet d'éviter d'avoir un recours accru aux soins et ainsi d'avoir une vraie efficacité du maintien à domicile.

Discussion de commission

En l'absence de questions, de demandes d'auditions complémentaires ou de déclaration des partis, le président propose de voter le PL ce soir. Aucune objection n'est formulée.

Procédure de vote

Vote en premier débat

Entrée en matière :

Le président soumet au vote le **PL 12295** :

Pour : **14** (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Contre : –

Abst. : –

L'entrée en matière est acceptée

Vote en deuxième débat :

Titre et préambule :

Pas d'opposition, adoptés

Art. 1 Crédit d'investissement :

Pas d'opposition, adopté

Art. 2 Planification financière :

Pas d'opposition, adopté

Art. 3 Subventions d'investissement accordées attendues :

Pas d'opposition, adopté

Art. 4 Amortissement :

Pas d'opposition, adopté

Art. 5 But :

Pas d'opposition, adopté

Art. 6 Durée :

Pas d'opposition, adopté

Art. 7 Aliénation du bien :

Pas d'opposition, adopté

Art. 8 Loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat :

Pas d'opposition, adopté

Art. 6 Entrée en vigueur :

Pas d'opposition, adopté

Vote en troisième débat :

Le président soumet au vote l'entier du **PL 12295** :

Pour : **14** (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Contre : –

Abst. : –

Ce projet de loi est **accepté**

La commission préavise la catégorie 3 (extraits).

En conclusion :

Au vu de ces explications, la commission des travaux vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à accepter ce projet de loi 12295.

Projet de loi (12295-A)

ouvrant un crédit au titre de subvention d'investissement de 3 956 000 F, pour les exercices 2018 à 2021, destiné à la digitalisation des services du système d'information au regard de l'évolution des prestations de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (imad)

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

Art. 1 Crédit d'investissement

Un crédit global fixe de 3 956 000 F (y compris TVA et renchérissement) est ouvert au Conseil d'Etat au titre de subvention cantonale d'investissement pour les investissements de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile.

Art. 2 Planification financière

¹ Ce crédit d'investissement est ouvert dès 2018. Il est inscrit sous la politique publique K – Santé (rubrique 0715-5640).

² L'exécution de ce crédit est suivie au travers d'un numéro de projet correspondant au numéro de la présente loi.

Art. 3 Subventions d'investissement accordées et attendues

¹ Les subventions d'investissement accordées dans le cadre de ce crédit d'investissement s'élèvent à 3 956 000 F.

² Aucune subvention d'investissement n'est attendue dans le cadre de ce crédit d'investissement.

Art. 4 Amortissement

L'amortissement de l'investissement est calculé chaque année sur la valeur d'acquisition (ou initiale) selon la méthode linéaire et est porté au compte de fonctionnement.

Art. 5 But

Ce crédit d'investissement doit permettre le développement du système d'information de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile.

Art. 6 Durée

La disponibilité du crédit d'investissement s'éteint à fin 2023.

Art. 7 Aliénation du bien

En cas d'aliénation du bien avant l'amortissement complet de celui-ci, le montant correspondant à la valeur résiduelle non encore amortie est à rétrocéder à l'Etat.

Art. 8 Loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat

La présente loi est soumise aux dispositions de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013.



PL 12295 pour la digitalisation des services du système d'information

Présentation à la commission des travaux du Grand Conseil, 29 mai 2018

institution de maintien, d'aide et de soins à domicile



imad se présente

Spécificités

- 1 des 6 EPA principaux du canton
- Premier prestataire de soins à domicile sur le canton de Genève (24h/24 et 7j/7)
- Une obligation d'admettre
- Une organisation décentralisée sur l'ensemble du canton

Une mission

- Accompagner tout au long de leur parcours de vie des personnes atteintes dans leur autonomie ou leur santé
- Contribuer à préserver l'autonomie et la qualité de vie à domicile

Soutenir

Soigner

Former

- Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)
- Répit aux familles
- Veilles

- Aide pratique
- Diététique et repas
- Sécurité

- Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

- Soins infirmiers
- Soins de base
- Hospitalisation à domicile (HAD)

Ligne d'accueil des demandes (LAD)

Liaison

- Ergothérapie
- Prévention

Les prestations

635'514

heures de soins

333'298

heures d'aide pratique

486'002

repas livrés
(domicile, IEPA)

4'184

appareils sécurité à
domicile

10'290

journées
d'hébergement
en UATR

1'440

locataires (IEPA)

6'800 prestations par jour

Les clients

17'200

clients en 2017

105 ans

l'âge de la doyenne

75%

ont atteint l'âge
de la retraite

38%

sont suivis 6 ou 7 jours sur 7

50%

ont plus de 80 ans

97%

estiment que les prestations de
imad correspondent à leurs
besoins

Les collaborateurs

+ de 2'000
collaborateurs

83%
femmes

+ de 90%
collaborateurs
terrain

71,5%
temps partiels

7%
proportion de cadres

Un monde qui change ... vite !

- Vieillissement de la population et perte d'autonomie
- Augmentation des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale
- Virage ambulatoire
- Complexification et alourdissement des prises en charge
- Pénurie de professionnels

Une évolution des besoins ... rapide !

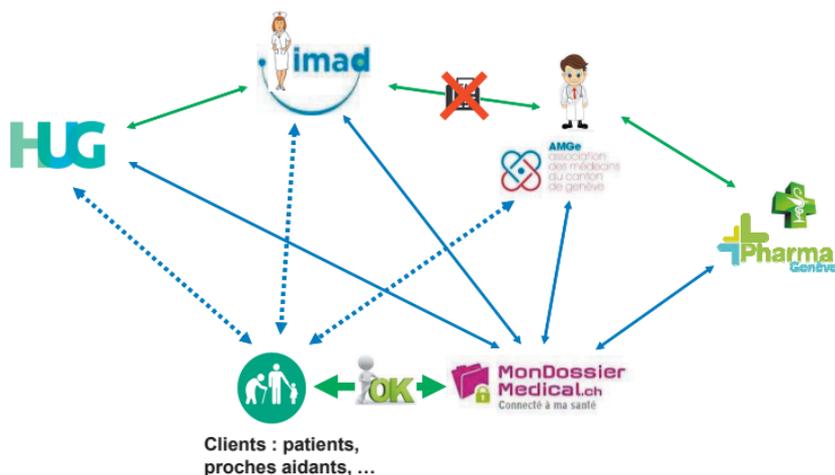
- Attentes des clients, des proches-aidants, partenaires et des collaborateurs
 - Besoins accrus de coordination et de partage interprofessionnel pour assurer la qualité des prises en soins
 - La nécessité de poursuivre la numérisation de l'organisation au service du réseau de soins
- PL en phase avec la stratégie
- nationale de promotion de l'ambulatoire
 - cantonale de développement du maintien à domicile

Plan stratégique : Cap'139

Ce PL s'inscrit dans le cadre de la transformation numérique de l'institution qui est un des axes du plan stratégique



Un réseau de soins coordonné autour de l'itinéraire du patient



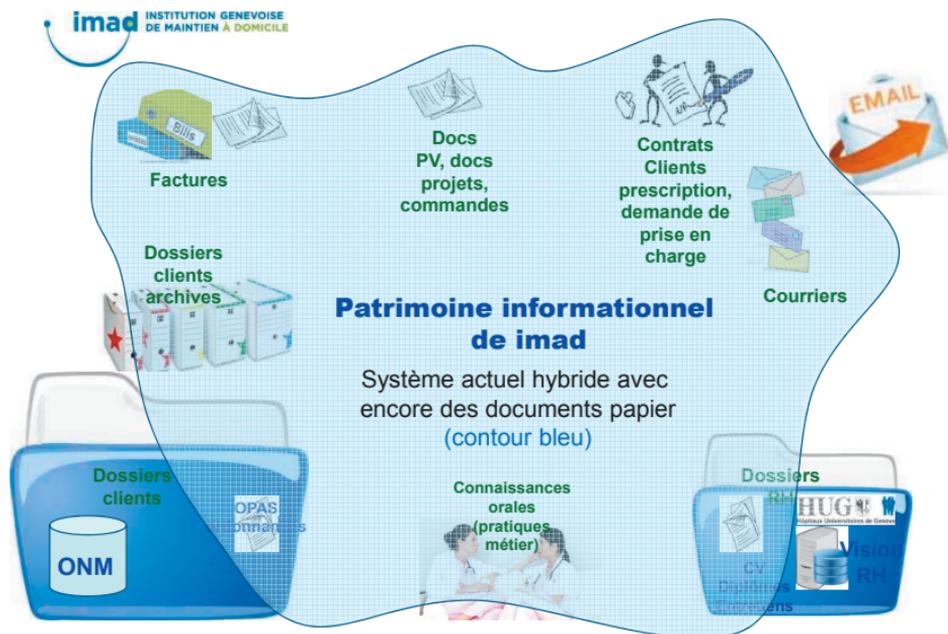
Système d'Information imad

Situation actuelle

- 3 blocs, faiblement interconnectés à l'interne comme à l'externe
 - Dossier clinique des clients
 - RH
 - Finances

Besoins d'évolution

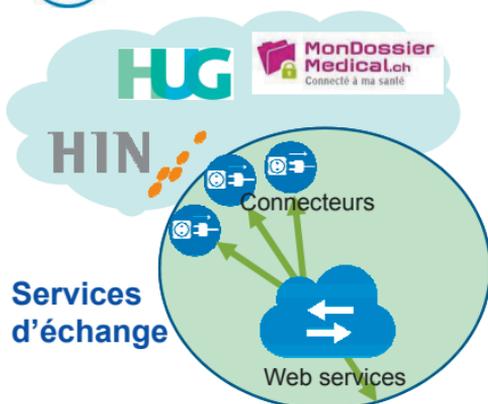
- Numérisation de toutes les informations
- Référentiel unique des clients
- Interopérabilité des composants du SI imad
- Sécurité des échanges (identification, gestion accès, traçabilité, ...)
- Intégration avec les autres acteurs du réseau de soins
- Ouverture aux clients
- Numérisation des services (accès web)



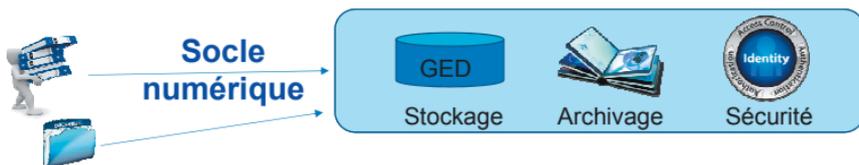
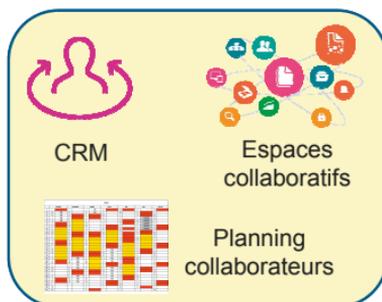
3 axes

- **Socle numérique** : la dématérialisation des données et des documents
- **Processus internes** : l'automatisation des workflows
- **Services d'échange** : le partage et l'exploitation de l'information à destination des clients, des partenaires et des collaborateurs

Périmètre du PL



Processus internes



Chiffrage du PL

CHF	2018	2019	2020	2021	Total
Socle technique	637'500.-	1'521'000.-	606'500.-	120'000.-	2'885'000.-
Échange avec le réseau de soins	0.-	110'000.-	40'000.-	0.-	150'000.-
Dématérialisation des processus internes	0.-	450'000.-	371'000.-	100'000.-	921'000.-
Total investissement	637'500.-	2'081'000.-	1'017'500.-	220'000.-	3'956'000.-

La transition numérique au service des clients, des partenaires et des collaborateurs



- Un impératif de coordination et de partage du réseau au service de la qualité de la prise en soins et du maintien à domicile
 - Une nécessité en lien avec les mutations de notre environnement, en particulier sur les modes de communication et les outils d'échange
 - Un enjeu pour optimiser la charge administrative des soignants et redonner du temps pour les patients
- Pas de virage ambulatoire sans virage numérique !

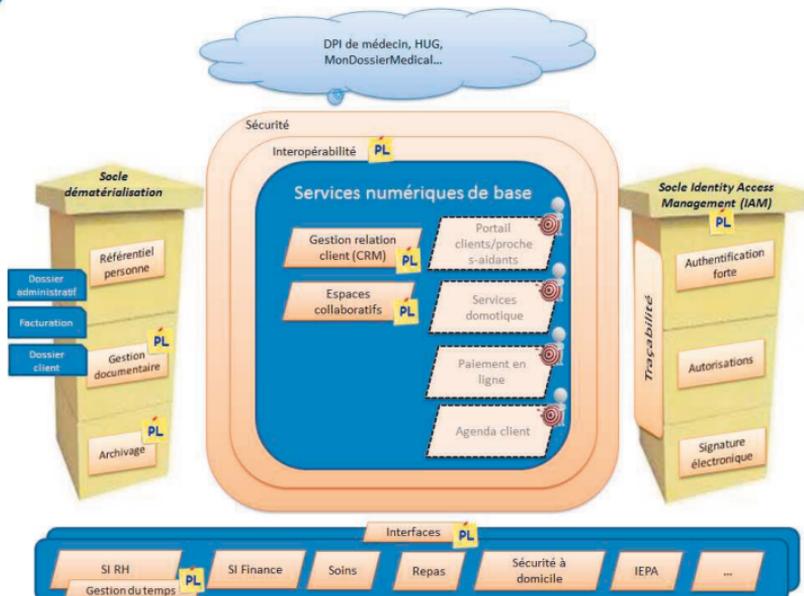
Questions ?

Merci de votre attention

Institution genevoise de maintien à domicile

www.imad-ge.ch

Architecture cible



Chiffrage par nature

Rubrique	Projet	Coût	Projet	Coût	Projet	Coût	Total
RH externe	GED	1'006'500.-	EAI	0.-	Espaces collaboratifs	0.-	1'006'500.-
Matériels et licences		797'000.-		50'000.-		50'000.-	897'000.-
RH externe	SAE	441'500.-	Interfaces métier	100'000.-	Gestion du temps	410'000.-	951'500.-
Matériels et licences		270'000.-		0.-		61'000.-	331'000.-
RH externe	IAM	70'000.-			CRM	300'000.-	370'000.-
Matériels et licences		300'000.-				100'000.-	400'000.-
Total		2'885'000.-	Total	150'000.-	Total	921'000.-	3'956'000.-

Chiffrage par nature

RH externe	2'328'000.-
Matériels et licences	1'628'000.-

Missions des consultants externes

Gestion de projet, activités techniques (expertise, développement, configuration, paramétrage, tests, etc.) et activités d'accompagnement au changement (notamment formation, support, communication, etc.).

La rubrique RH externe représente l'accompagnement par des consultants de sociétés privées dans les projets. La valorisation de ces personnes est calculée sur une base allant de 800.- à 1'000.- CHF/jour HT selon le niveau d'expertise requis (les prix repartent à la hausse avec le contexte économique actuel).

Coût des licences et matériels

Les montants articulés sont issus d'analyses du marché, de retours d'expérience de nos partenaires et de devis.

Le maintien à domicile

- Du vote populaire à l'impératif économique
- De l'initiative sectorielle à la mise en place d'un cadre législatif fédéral et cantonal
- De la FSASD à imad

CANTON DE GENÈVE

Zones des centres de maintien à domicile

- CAROUGE
- PÂQUIS
- EAUX-VIVES
- ONEX

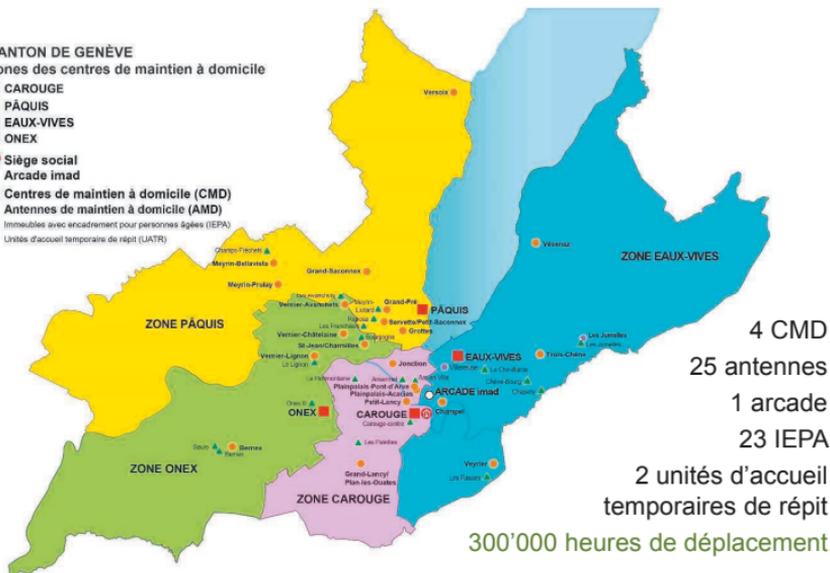
- Siège social
- Arcade imad

Centres de maintien à domicile (CMD)

Antennes de maintien à domicile (AMD)

Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

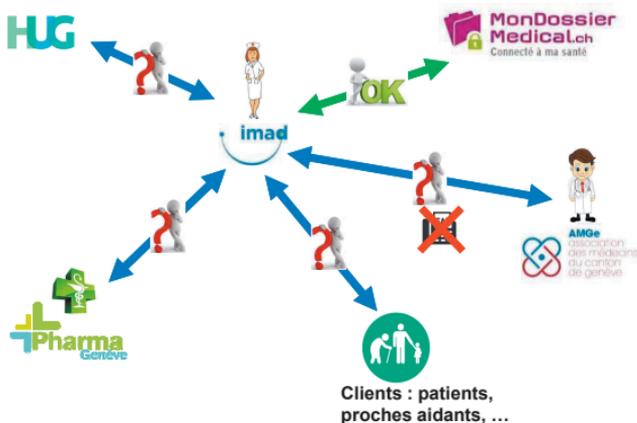
Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)



Les finances

Budget	234 mio
Produits de la facturation	71,1 mio
Indemnités cantonales (subvention)	161,8 mio
Charges en personnel	215,7 mio
Résultat de l'exercice 2017	- 6 mio

Un réseau de soins coordonné



D'une organisation hospitalière basée sur les soins aigus à un réseau de soins coordonné autour, pour et avec le patient
-> parcours de vie et itinéraires de soins