

Date de dépôt : 14 août 2019

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat approuvant le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) pour l'année 2018

Rapport de majorité de M. Sandro Pistis (page 1)

Rapport de première minorité de M^{me} Jocelyne Haller (page 16)

Rapport de deuxième minorité de M. Bertrand Buchs (page 23)

Rapport de troisième minorité de M^{me} Alessandra Oriolo (page 25)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Sandro Pistis

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé a étudié ce projet de loi lors de sa séance du vendredi 21 juin 2019. La présidence a été assurée par M^{me} Marjorie de Chastonay et le procès-verbal a été tenu par M. Sébastien Pasche ; nous les remercions pour leur excellent travail. Etaient également présents : M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat DSES, ainsi que M. Adrien Bron, direction générale de la santé, et M^{me} Sabrina Cavallero, directrice de la planification et du réseau de soins, qui ont répondu aux diverses interrogations.

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

La présidente souhaite la bienvenue aux personnes auditionnées et leur cède la parole.

M. Sella remercie la commission et indique qu'ils ont préparé une petite présentation pour la commission ; il cède la parole à M^{me} Da Roxa.

M^{me} Da Roxa précise que le rapport est en ligne et qu'il n'y a donc désormais plus de version en papier, selon la logique souhaitée en termes de responsabilité sociale de l'entreprise. Elle rappelle que l'IMAD, ce sont 17 000 personnes suivies, avec une intensification des prises en charge de personnes 6 jours sur 7 ou 7 jours sur 7 (39% des personnes suivies), ce qui signifie qu'il y a une complexification des prises en charge. Elle relève que l'on se pose donc toujours la question de savoir si l'on est encore en mesure de gérer ces cas complexes et si ces personnes peuvent rester à domicile ; elle indique que l'ensemble de ces personnes, à 140 personnes près, après étude, peuvent bel et bien rester à domicile. Elle ajoute qu'ils observent une double origine à cette intensification : le vieillissement de la population, avec un gros pool de personnes entre 85 et 90 ans (elle considère que les statistiques doivent être affinées) ; la complexité des cas à prendre en charge, notamment à cause du basculement de la médecine hospitalière vers l'ambulatoire et les soins à domicile.

M^{me} Da Roxa indique ensuite qu'elle va parler des trois axes de synthèse qui ont occupé l'IMAD en 2018 : la réflexion autour de la mission de l'IMAD en lien avec la prise en charge des personnes, en collaboration avec les proches aidants, ainsi que d'autres partenaires des soins à domicile. Elle relève qu'il s'agit ensuite de poursuivre la politique volontariste du canton de Genève en matière de maintien à domicile, mais aussi de déterminer comment l'on met en place tous les besoins de coordination sur des parcours de soins de plus en plus complexes, ce qui signifie intégrer le patient et ses proches dans la coordination. Elle ajoute que le troisième axe est le développement de réponses adéquates à l'urgence, en travaillant plus sur l'anticipation et la détection de la fragilité.

M^{me} Da Roxa relève que l'on doit aussi réfléchir, lorsqu'on ne peut pas être en anticipation, à comment l'on réagit lorsqu'il y a une urgence, également avec l'ensemble des partenaires dont les pharmaciens, les médecins de ville, les physiothérapeutes et les partenaires de proximité. Elle précise que ces réflexions les ont amenés à la publication du plan stratégique de l'IMAD qui a été présenté en commission. Elle relève que l'enjeu est aussi

de faire les 7000 prestations par jour, tout en transformant l'IMAD, ce qui a été un réel enjeu en 2018. Elle souligne que l'on a aussi beaucoup travaillé sur les finances de l'IMAD ; elle indique qu'il y a eu une décision sur les mécanismes salariaux du Conseil d'Etat et du Grand Conseil qui était attendue depuis plusieurs années ; elle relève que les mécanismes sont désormais mieux pris en charge en 2019 par le budget (90%). Elle ajoute qu'il y a eu en outre, à travers le vote du budget 2019, une remise à niveau de la subvention de l'IMAD, ce qui a permis de pallier en partie le déficit structurel.

M^{me} Da Roxa rappelle que l'année 2011 a introduit la notion de chronométrage des soins et elle souligne que l'on se rend aujourd'hui compte à quel point cela peut être délétère. Elle évoque enfin la question des partenariats avec les médecins, pharmaciens, physiothérapeutes, mais aussi avec des acteurs fondamentaux comme Pro Senectute ou encore les services communaux quand ils existent. Elle souligne que les projets de proximité et d'inclusion sociale qui se mettent en place sont très positifs, de même que le projet transdépartemental sur la santé, notamment au niveau de la mobilité, de la prévention des chutes et des logiques d'urbanisme pour permettre une meilleure inclusion. Elle précise qu'ils sont une entreprise formatrice avec plusieurs dizaines de places de stages et des partenariats avec les HES, l'université et d'autres partenaires de formation. Elle rappelle que l'objectif 9 du Cap'139 est « ensemble » ; c'est-à-dire réfléchir sur l'adéquation aux besoins et sur l'organisation, mais que c'est aussi avant tout un état d'esprit sur lequel ils aimeraient pouvoir changer les choses.

Un député PLR aborde la collaboration avec les médecins traitants ; il relève que M^{me} Da Roxa mettait par le passé assez souvent en évidence les difficultés à obtenir un suivi médical à domicile ; il désire savoir où l'on en est à ce niveau. Il évoque ensuite l'outil interRAI, qui a été aussi évoqué dans le cadre de la LORSDom et il désire entendre l'IMAD sur cet outil et sur les évaluations individuelles ainsi que les aspects de financement. Enfin, il indique avoir une question sur la délégation de compétences ; il se demande comment cette dernière se gère, sachant qu'un PL est en cours sur cette thématique ; il se demande en quoi cela permet de planifier les interventions des personnes dont la formation est la mieux adaptée à l'intervention et en quoi cela permet d'éviter le chronométrage.

M^{me} Da Roxa souligne que le RAI va basculer à la fin de l'année à l'outil interRAI, qui affine les possibilités de communiquer avec les autres branches de cet outil, par exemple en EMS ; elle souligne qu'il s'agit d'un outil de qualité et d'évaluation clinique, mais pas destiné aux assureurs, même si des extractions de RAI peuvent être faites pour justifier des soins effectués par

l'IMAD. Elle indique ensuite que le RAI vise à faire une évaluation des besoins de la personne en fonction de son état de santé et de ses ressources (ce qu'elle est capable de faire), mais aussi par rapport à son environnement. Elle considère que cet outil est assez complet et elle ajoute qu'il permet de déclencher des alertes et de croiser des informations, pour réfléchir aux objectifs de prise en charge des soins. Elle souligne que c'est sur cette base qu'ils font des objectifs de prise en charge de soins partagés avec le médecin et le patient ainsi qu'un devis ; elle indique que c'est là qu'entre en ligne de compte le chronométrage des différents actes.

M^{me} Da Roxa souligne qu'ils ont la possibilité de négocier les temps avec les assureurs dans des cas spécifiques, mais que cela reste assez compliqué. Elle indique par ailleurs que le profil de collaborateur qui va être alloué va dépendre du caractère stable, complexe ou instable de la situation ; elle précise qu'ils ont des critères d'allocation et que toute situation est délégable sous la responsabilité de l'infirmière, sauf celles qui sont spécifiquement non délégables car elles sont complexes et instables. Elle souligne que le périmètre des délégations est clairement défini dans le cadre des cahiers des charges validés par le médecin cantonal ; elle relève que l'ouverture des cahiers des charges des ASSC sur la préparation et la distribution des médicaments a été un grand pas en avant. Elle explique que la régulation médicamenteuse est extrêmement importante, notamment compte tenu du fait que leurs bénéficiaires ont sept médicaments en médiane. Elle souligne que leurs infirmières doivent pouvoir entrer en relation et en coordination avec une logique holistique et aller donc au-delà du simple acte physique. Concernant le PL à l'ordre du jour de la commission, elle a l'impression que l'on peut en effet aller plus loin que la situation actuelle, moyennant un encadrement et une clarification des responsabilités ; elle donne l'exemple de quelqu'un qui nécessite une aide pour mettre des bas de contention et se demande si l'on doit forcément envoyer une personne pour cet acte et une autre pour l'aide au ménage. Elle précise qu'à l'inverse, en cas de telles ou telles situations, il y a des conduites spécifiques à tenir, ce qui permet de ne pas contacter systématiquement le médecin traitant.

M^{me} Da Roxa aborde ensuite le suivi médical avec les médecins et souligne que cela reste un problème, car il y a des cabinets qui ferment le mercredi après-midi ou le week-end, même s'il y a aussi des cabinets de groupe qui fonctionnent avec des relais ; elle précise que la qualité de transmission des informations est bien sûr essentielle. Elle évoque le projet COGERIA qui est une solution qui est en train de se dégager pour faire de la détection de fragilité ; elle indique qu'ils ont posé la question de l'absence de médecin disponible et que la réponse apportée va passer par la télémédecine à

disposition des collaborateurs de l'IMAD. Elle indique que les partenaires de ce projet sont très motivés et qu'elle s'en réjouit grandement. Elle souligne enfin que la question des urgences gériatriques et des éventuelles hospitalisations demande du temps et donc que des modèles doivent être mis en place pour pouvoir tester des choses.

Un député PDC aborde le taux d'absentéisme qui ne varie pas trop entre 2017 et 2018 ; il se demande si cela ne découle pas d'un mal-être de la part du personnel et notamment du fait que les tournées sont chronométrées. Par ailleurs, il se demande si l'on ne devrait pas arrêter de développer l'IMAD sur trop de projets distincts, pour lesquels il n'y a peut-être pas assez d'énergie de la part du personnel, par exemple les immeubles à encadrement pour personnes âgées ou encore les enfants souffrant de diabète dans les cuisines scolaires.

M^{me} Da Roxa observe que les chiffres globaux sont en effet assez proches, mais elle désire que l'on se concentre sur les absences pour maladie qui sont passées de 8% à 7,5% et elle ajoute que l'on était en avril 2019 à 7,2%. Elle observe que cela n'est pas anodin par rapport aux conditions de travail spécifiques et aux horaires complexes. Elle souligne le fait que les collaborateurs sont toujours sur le terrain, qu'il pleuve, qu'il neige ou qu'il fasse 35 °C. Elle ajoute qu'ils se sont beaucoup concentrés sur les absences perlées de moins de 3 jours, lesquelles sont les plus caractéristiques d'une fatigabilité en devenir. Elle relève, concernant la problématique de la charge, qu'elle soit mentale ou physique, qu'ils en parlent depuis 2013 et qu'ils savent et disent depuis longtemps que le chronométrage a toujours été problématique. Elle indique qu'ils prennent donc l'absentéisme très au sérieux. Elle précise enfin qu'une maternité à l'IMAD signifie 5 mois de prématurité pour préservation de grossesse et 5 mois après la naissance et qu'il y a eu, en 2018, 73 congés maternité, ce qui n'est pas anodin.

M^{me} Da Roxa indique ensuite que ni le CA ni la direction de l'IMAD n'envisage d'avoir une IMAD à 5000 ou 10 000 collaborateurs, mais elle considère que l'on doit déterminer qui doit se poser la question sur qui doit faire quoi ; elle relève que l'IMAD a un contrat de prestations et elle pense que le financement résiduel est une formidable opportunité de se demander quel est le rôle de l'IMAD. Elle observe que les IEPA sont variés, que la situation a déjà changé, et elle pense que c'est quelque chose de positif ; elle met l'accent sur la fragilité forte et ajoute qu'il faut qu'il y ait aussi des IEPA avec des problématiques autres, par exemple l'intégration intergénérationnelle.

Concernant les enfants diabétiques, M^{me} Da Roxa souligne qu'elle s'en remet quelque peu au département, mais rappelle que le but est que ces

enfants puissent devenir autonomes pour gérer leur maladie tout le long de leur vie ; elle relève que cela nécessite du temps et donc que, si on lui dit demain que ce n'est plus l'IMAD qui gère cette mission, cela ne lui posera pas de problème. Elle indique par ailleurs qu'ils sont aussi en train de se reconcentrer sur les repas pour les détections de problématiques alimentaires ; elle explique que la dynamique autour des repas serait une très bonne occasion de créer des projets communautaires ; elle précise que les choses sont en train de bouger ; il y a un certain nombre de communes qui n'associent plus « approche sociale et communautaire » avec « pauvres » et il y a par ailleurs des fondations disposant de solides capitaux pour aborder cette problématique.

Un député (S) aborde le plan stratégique Cap'139 qu'il juge très généraliste, avec certaines lignes assez classiques ; il se demande comment cela a été accueilli par les équipes. Par ailleurs, il aborde le ratio femmes-hommes, relève qu'il y a 82% de femmes chez les travailleuses, mais seulement 34% de femmes dans les postes de direction.

M^{me} Da Roxa lui répond qu'ils sont à 62% de femmes au niveau des postes de responsables.

Ce député (S) relève que les hauts cadres sont néanmoins à 34%, et il désire connaître la stratégie pour faire évoluer ces chiffres.

M^{me} Da Roxa souligne que ces chiffres sont le reflet d'un travail d'équipe et qu'ils ont travaillé de manière à déterminer comment associer les collaborateurs ; elle indique que cela a pris un peu de temps. Elle ajoute qu'en mars 2018, ils ont communiqué en séance plénière aux collaborateurs présents ; ensuite, ils ont déclenché des séances avec 50 collaborateurs pour pouvoir présenter le plan stratégique et recueillir des interrogations. Elle souligne qu'ils ont donc fait 19 séances avec à chaque fois 50 collaborateurs, ce qui a permis de prendre la température de l'activité des collaborateurs ; elle précise qu'ils ont fait aussi cela avec des partenaires extérieurs et des patients.

M^{me} Da Roxa explique que l'étape suivante était de prendre les équipes une à une et d'entendre les collaborateurs. Elle relève que, depuis le mois de mai, ils ont défini 21 actions qui vont être déclinées ces deux prochaines années, dont 6 menées complètement en partenariat par les collaborateurs. Elle souligne que cela touche les valeurs portées par l'IMAD, la simplification, l'ergonomie du système d'information et des programmes d'immersion à un autre poste de l'entreprise. Elle relève que les ateliers vont prochainement démarrer et que l'on entrera donc dès juillet dans l'opérationnalisation de la mise en œuvre. Elle rappelle qu'il y a 3 ou 4 ans, il

y avait beaucoup moins de femmes dans les postes de cadres et elle se dit contente des améliorations effectuées en la matière. Elle souligne qu'ils sont 120 cadres pour 2300 collaborateurs, et ajoute que le CA est extrêmement féminin ; elle pense que c'est aussi le reflet des réalités d'une entreprise comme l'IMAD.

Le député (S) se demande si le coût du Cap'139 est chiffrable.

M^{me} Da Roxa précise qu'il est ventilé sur plusieurs années, qu'il y a 4 chefs de projets et 2 personnes assurant la coordination de l'ensemble des projets, puis des financements prévus pour réunir les collaborateurs et les accompagner vers le changement. Elle ajoute que le surplus pose la question des marges de manœuvre pour améliorer et transformer les modèles, ce qui fait l'objet de discussions avec le département dans le cadre du budget et de la planification quadriennale. Elle ajoute qu'une fondation privée pour l'IMAD a été récemment créée en soutien à des projets de changement.

M. Sella précise qu'ils donneront par la suite le détail des coûts de Cap'139 ; pour le moment, tout a été fait en interne et la fondation de l'IMAD va en outre permettre de chercher des fonds pour évoluer.

M^{me} Da Roxa ajoute qu'ils n'ont été accompagnés par aucun cabinet de conseil.

Une députée Verte relève qu'en page 6, ils mentionnent le plan de soins partagés ; elle désire des détails à ce sujet ; par ailleurs, elle aborde la livraison des repas et désire savoir depuis combien d'années ils ont intégré ce service et s'il ne faut pas se demander si l'on ne devrait pas laisser cela à un partenaire externe, car cela donne toujours plus d'activité à l'IMAD. Enfin, elle aborde la possibilité d'avoir des médecins à l'IMAD qui pourraient être répondeurs, et elle se demande où en est la réflexion à ce sujet.

M^{me} Da Roxa souligne que la prestation repas a été intégrée à la FSASD constituée en 1999 d'entités qui livraient déjà des repas, dont une branche de l'Hospice. Elle indique que la réflexion sur la livraison de repas est complètement intégrée dans la dynamique de Cap'139 et que cela est à mettre en parallèle avec la réflexion sur l'aide pratique. Elle souligne qu'ils ne sont pas là pour remplacer la livraison de repas de confort, mais que cela doit être corrélé avec la détection de fragilité, de risques de chutes, de dénutrition, de malnutrition, etc. Elle souligne qu'ils doivent aussi pouvoir intervenir sur les cas de maintien à domicile qui sont conditionnés par la livraison de repas. Elle précise que pour certaines personnes, ils organisent la prestation « repas autour d'une table » avec un restaurant et une commune, dans l'objectif de lutter contre l'isolement. Elle souligne que la personne paie le même prix que

si elle était livrée à domicile, la différence étant payée au restaurateur par l'IMAD.

M^{me} Da Roxa indique que la réflexion est en cours avec les EMS de proximité qui livrent aussi un certain nombre de repas. Concernant le plan de soins partagés, elle indique qu'il s'agit d'un vieux rêve dans lequel il s'agit de se mettre d'accord notamment sur les questions de médication, ce qui permettrait notamment de réduire les bénéfices des pharmas en évitant le gaspillage. Elle précise que, lorsqu'un patient est motivé par le fait que tout le monde est réuni autour de la table, cela fait très plaisir. Concernant l'absence de médecins à l'IMAD, elle indique que, si l'on écoutait de tous les côtés, il y aurait des professionnels de tous les domaines à l'IMAD (médecins, physiothérapeutes, etc.). Elle précise que, tant qu'ils peuvent développer des projets et des partenariats avec d'autres acteurs du réseau, ils vont prioriser cette voie. Elle indique qu'il y aura néanmoins à terme 3 ou 4 médecins sur l'ensemble du canton (mais pas à plein temps) pour épauler le reste des collaborateurs de terrain de l'IMAD. Elle pense que cela va être mis en place progressivement dès 2020.

Un député PLR se demande quels sont les risques identifiés pour l'IMAD au niveau politique, démographique ou à un autre niveau pour les prochaines années.

M^{me} Da Roxa lui répond que cette question est vaste et que l'une des choses sur lesquelles elle sent des difficultés, c'est le fait de gérer en même temps la transformation et d'assurer les prestations courantes, comme ça a été le cas au cours de l'année 2018. Elle souligne que pour pouvoir transformer, il faut pouvoir investir dans le changement sans être constamment dans l'urgence ; elle précise que leur organisation est relativement plate et que cela pourrait devenir une difficulté, car l'on ne peut pas être en permanence sur le pont et sur le volet stratégique. Elle ajoute qu'il y a des décisions au niveau des tribunaux et au niveau fédéral qui les laissent perplexes, notamment la fragmentation des financements qui induisent la fragmentation des prises en charge, notamment au niveau de la question des temps de coordination et de déplacement qui ne sont pas finançables par la LAMal ; elle précise que cela réduit encore le temps à disposition des collaborateurs auprès des patients.

M^{me} Da Roxa fait ensuite le lien avec la décision de justice stipulant que le matériel de soins est censé être inclus dans les facturations des lignes budgétaires. Elle rappelle que les tarifs en lien avec les soins de longue durée n'ont pas changé de 2011, mais que les coûts continuent à augmenter. Elle estime que ces usines à gaz, avec des monitorings de tout ordre sur les aspects uniquement administratifs, sont un vrai risque pour les métiers du domaine des soins. Elle indique enfin qu'il convient d'être attentif sur les

changements de modèles et que l'on trouve des choses en bonne intelligence où chacun à un rôle ; elle relève que cela n'est pas gagné, car l'on ne recherche pas toujours ce qui nous rassemble, en particulier avec certaines organisations privées. Elle indique qu'en matière de DRG, ce qui est en train de se préparer pour la réadaptation, les hôpitaux vont devoir revoir leur prise en charge et que cela va se basculer sur les soins à domicile ; elle ajoute que les autorités fédérales n'anticipent absolument pas ces changements.

Ce député PLR comprend que la quantité et la qualité du personnel qui pourra prendre en charge les bénéficiaires vont poser problème.

M^{me} Da Roxa souligne que ce sont plutôt le morcellement des prises en charge des soins et la santé qui est devenue un véritable marché qui sont problématiques.

M. Sella souligne que le CA de l'IMAD cherche à évoluer et à voir quelles prestations pourraient être transférées, mais le plus grand risque en la matière est le financement résiduel ; il y a des bénéficiaires qui sont partis auprès d'entreprises privées, mais qui reviennent ensuite auprès de l'IMAD à cause de la qualité des prestations. Il souligne que les privés sont clairement sur un mode de rentabilité et qu'ils se concentrent uniquement sur les prestations les plus rentables. Il pense donc que l'on essaie de comparer deux modèles différents avec des prestations et des salaires différents.

M^{me} Da Roxa considère que l'on doit être très clair sur le rôle attendu de l'IMAD ; elle ajoute qu'ils ont envie de bouger, mais que cela doit faire sens par rapport à la complémentarité. Elle regrette néanmoins que l'on compare parfois des pommes et des poires.

Une députée EAG indique qu'elle voulait intervenir sur la question du marché qui est en train de s'ouvrir sur le maintien à domicile et le postopératoire précoce ; elle considère que l'on doit avoir le débat le plus transparent possible. Elle a l'impression qu'il y a un glissement, sans qu'il y ait une volonté claire d'intervenir et d'identifier tous les éléments ; elle craint que l'on se retrouve devant le fait accompli, mais trouve intéressant que M^{me} Da Roxa ait déjà posé les prémices de cette réflexion. Elle ajoute par ailleurs que l'on a voulu décongestionner certains mammouths, mais que l'on en a créé un nouveau ; elle n'est pas certaine que cela soit pertinent et efficace, mais elle n'est pas certaine non plus que ce soit en transférant des tâches sur le privé que l'on résoudra le problème, tant que l'on n'aura pas déterminé quels types de prestations publiques l'on veut.

La députée EAG aborde ensuite les conditions de travail du personnel et salue la transparence de M^{me} Da Roxa, mais elle considère que certains témoignages laissent entendre que la situation est plus compliquée que ce qui

a été explicité. Elle désire savoir notamment quel type de partenariat social ils ont avec les représentants du personnel pour essayer de travailler de manière intelligente sur ces questions. Par ailleurs, elle souligne que M^{me} Da Roxa avait relevé, lors de sa dernière venue, qu'il y avait des postes vacants au sein de l'IMAD, hormis les infirmières ; elle se demande si ce déficit de personnel a pu être comblé et si la dotation lui a permis de répondre aux besoins auxquels ils sont confrontés.

M^{me} Da Roxa précise qu'ils ont fini avec un déficit assez conséquent à fin 2018 et qu'ils ne savaient pas comment ils allaient pouvoir naviguer l'année suivante. Elle précise qu'ils ont mis le paquet sur le recrutement pour créer des pools de remplacement ; elle rappelle qu'ils ont entre 1,8% et 2% d'absence par année pour les maternités et elle relève que cela n'est pas anodin ; elle observe qu'ils peuvent avoir des leviers pour certaines choses, mais pas pour d'autres, par exemple le fait que des collaborateurs font 3 heures de trajet pour venir travailler et rentrer à la maison. Elle observe que la question qui va se poser est que certaines choses peuvent être perçues de manière différente par des organisations syndicales, ce qui n'est pas simple dans une période d'accompagnement au changement. Elle ajoute que la responsabilisation et l'autonomie supposent de la solidarité ; elle observe que les contraintes personnelles de certains collaborateurs, en plus des contraintes liées au métier, peuvent compliquer grandement le quotidien.

Concernant les moyens auxiliaires, M^{me} Da Roxa estime qu'il n'est pas possible de les faire correctement sans mettre un cadre ferme ; elle relève que la disposition de la LSDom sur le fait que l'on peut à un moment donné mettre un terme à une prise en charge car la sécurité de leur personnel est en danger est absolument fondamentale. Concernant le recrutement, elle indique que cela rejoint la question de la délégation de tâches ; elle précise qu'ils ont principalement besoin d'ASSC et d'infirmières, mais qu'il n'y en a actuellement pas assez. Elle observe que le nombre de places en HEdS a augmenté, mais que l'on paie aujourd'hui les pots cassés de ces 10 ou 15 dernières années. Elle indique qu'il y a donc des éléments sur lesquels ils peuvent agir, mais pas sur d'autres. Elle relève enfin qu'ils ont comblé les postes en retard sur 2018, mais que l'on est quand même encore à 30 ou 40 postes de la cible. Elle affirme enfin que l'IMAD est constituée de 52 goélettes de 32 collaborateurs chacune et que ce n'est donc pas un gros paquebot ou un gros mammoth, compte tenu du fait que les équipes fonctionnent de manière décentralisée.

Un député PLR relève que l'on a désormais de loin dépassé le rapport 2018 et que l'on est passé à des questions plus stratégiques ; il pense que c'est positif et désire, dans ce cadre, évoquer les suites de soins aigus

hospitaliers, avec un retour à domicile plus ou moins planifié, qui vont revenir à terme à l'IMAD ; il observe que les soins aigus de transition sont de 14 jours à la maison et il désire entendre l'IMAD à ce sujet.

M^{me} Da Roxa précise que les soins aigus de transition sont mieux rémunérés, mais qu'il a jusqu'à maintenant été quasiment impossible de mettre ces soins en œuvre, car le médecin hospitalier reste le responsable du patient durant les 14 jours suivant la sortie de ce dernier ; elle indique que, lorsque le médecin comprend qu'il va devoir rester responsable, il prend la feuille à signer et la déchire. Elle indique qu'ils ont repris ce sujet très concrètement avec M. Perrier et M. Levrat. Elle souligne que le problème concerne surtout les chirurgies ambulatoires ou des chirurgies très raccourcies ; elle relève que cela concerne quatre séries de « Fast-track » qu'ils pilotent avec les HUG : chirurgie pulmonaire, chirurgie orthopédique, chirurgie digestive et chirurgie cardiaque. Elle souligne qu'ils ont bien l'intention de faire appliquer dans ce cadre les soins aigus de transition, d'autant plus que COGERIA permettra d'avoir un médecin disponible en télé-médecine, au plus tard d'ici à 2020.

Ce député PLR pense que la commission devrait se demander comment elle pourrait soutenir l'IMAD pour donner le cadre local qui rendrait à ce niveau la collaboration possible entre l'IMAD et les HUG.

M^{me} Da Roxa souligne que des choses à ce sujet ont déjà démarré et que cela fait partie des projets sous le pilotage de la DGS et financés par le fonds Réseau.

Un député MCG aborde la p. 33 du PL et se dit surpris qu'à côté de la rubrique « direction et services d'appui », l'on n'ait pas les chiffres détaillés, mais seulement des pourcentages ; il désire connaître le nombre exact de cadres.

M^{me} Da Roxa précise qu'il y a en tout 120 cadres sur 2200 collaborateurs et qu'ils sont sept au comité dirigeant.

M. Sella indique qu'ils enverront le détail par e-mail.

La présidente remercie les personnes auditionnées et les raccompagne.

Discussion

La présidente rappelle que la commission a eu l'audition de M. Levrat sur le rapport de gestion des HUG. Elle indique qu'elle a reçu des éléments par rapport aux questions posées à M. Levrat et elle fait tourner une copie de ces réponses. Elle rappelle ensuite que la commission devrait en principe voter le PL 12506 et le PL sur les HUG avant les comptes. Elle rappelle que la

commission avait l'année passée refusé l'audition des syndicats pour les comptes et ajoute qu'elle a contacté les syndicats pour savoir ce qu'ils pensaient d'une audition dans le cadre des rapports d'activités ; elle indique qu'eux-mêmes étaient assez étonnés d'être auditionnés dans ce contexte.

Une députée MCG relève qu'elle avait déploré l'année dernière la marche forcée pour le vote sur les rapports de gestion ; elle pense que l'on peut s'interroger sur la façon dont les choses se sont passées et sur ce qui amène à ces résultats ; elle indique avoir un intérêt particulier pour la manière dont M^{me} Da Roxa et M. Sella présentent les choses, car elle trouve qu'il y a une espèce de transparence qu'elle salue, mais elle ajoute qu'elle a moins ce sentiment avec les HUG. Elle trouve incroyable que l'on se prononce sur ces rapports de gestion sans que l'on entende le personnel dont les conditions de travail sont problématiques, ce qui affecte les prestations, en particulier aux HUG. Elle propose donc l'audition des partenaires sociaux, à la fois pour l'IMAD et les HUG ; idéalement le 28 juin, de manière à pouvoir adopter les rapports de gestion avant le 13 août.

La présidente souligne avoir posé la question au secrétariat général du Grand Conseil et que le sautier avait répondu que le fait de pouvoir prendre le rapport dans les temps permettait de rendre possible un débat par la suite en plénière.

Un député PDC indique que l'on peut très bien ne pas rendre le rapport de gestion et que cela ne change rien pour les comptes ; il ajoute que l'on est toujours frustré de voter un rapport après une heure d'audition et il affirme qu'il va pour sa part refuser le rapport s'il est voté ce soir, car il a des questions précises à poser et qu'il les mettra dans un rapport de minorité. Il estime que le débat a ouvert des questions très vastes et que l'IMAD devrait pouvoir se reconcentrer sur ses prestations de base au lieu de multiplier les prestations diverses ; il indique qu'il n'a pas aimé la remarque sur les privés, car il observe qu'il y a souvent des cas compliqués, liés à des cas psychiatriques, que l'IMAD laisse tomber. Il souligne que ce sont alors les privés qui les reprennent. Il pense qu'il y a donc clairement une différence entre ce qui est dit par la direction et ce qui est vécu sur le terrain, notamment par rapport au niveau de stress et de mal-être des collaborateurs, à qui l'on n'a pas de réponse à donner. Il considère que l'on doit donc aborder les questions de fond.

Un député PLR n'est pas en accord avec ce point de vue, car il considère que ces rapports de gestion doivent attirer l'attention de la commission sur d'éventuelles problématiques, et qu'elle doit ensuite se déterminer au cours d'une action parlementaire, mais pas étirer les rapports jusqu'à plus pouvoir. Il rappelle que le rapport de gestion des HUG pour l'année 2017 est revenu

dans les objets en suspens, ce qu'il considère comme quelque chose de ridicule. Il estime que les rapports de gestion sont une information dont il convient de prendre acte, même si la commission les traite sous la forme d'un PL. Il considère que le fait de pouvoir soulever des questions en plénière fait sens, mais qu'il ne faut pas exploiter ces rapports, ce qui comporte selon lui le risque de les feuilletonner ; il invite donc la commission à voter ce soir le rapport, de même que celui concernant les HUG.

Un député MCG indique qu'il va se calquer sur l'intervention de la présidente qui a souligné que les syndicats n'avaient pas l'habitude d'être auditionnés pour le rapport de gestion ; il se demande donc si les syndicats souhaitent être auditionnés ou pas.

La présidente souligne qu'ils ont simplement dit que le fait d'être auditionnés à une telle occasion n'était pas la coutume.

Le député MCG indique que son groupe souhaite donc voter le PL ce soir.

Un député (S) indique que, si la commission devait refuser cette audition et si le rapport était refusé, les conséquences seraient alors bien plus rudes.

M. Poggia précise qu'il reçoit régulièrement les syndicats, qu'il les a encore reçus aujourd'hui, qu'il n'y avait pas de remarques sur l'IMAD et que les questions de fonctionnement et de souffrances au travail et d'autres sujets sont régulièrement abordées avec le département.

La présidente soumet au vote la demande d'audition des syndicats pour les PL concernant l'IMAD et les HUG (SSP, SIT) le 28 juin prochain :

Oui :	5 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)
Non :	8 (2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
Abstentions :	1 (1 PLR)

Cette demande est refusée.

Vote

1^{er} débat

La présidente met aux voix l'entrée en matière du PL 12506 :

Oui :	8 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
Non :	5 (1 EAG, 1 S, 2 Ve, 1 PDC)
Abstentions :	3 (2 S ; 1 Ve)

L'entrée en matière est acceptée.

2^e débat

La présidente procède au vote du 2^e débat :

Titre et préambule pas d'opposition, adoptés

Article unique pas d'opposition, adopté

3^e débat

La présidente met aux voix l'ensemble du PL 12506 :

Oui : 11 (3 S, 1 Ve, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Non : 3 (1 EAG, 1 Ve, 1 PDC)

Abstentions : 1 (1 PDC)

Le PL 12506 est accepté.

Mesdames et Messieurs les députés,

Les explications données par la direction de l'IMAD ainsi que les différents compléments d'information apportés par le département ont permis d'avoir une vision assez précise de cette réalité.

La commission s'est également penchée sur la nécessité d'auditionner les syndicats. Dans le contexte de ce projet de loi, la majorité de la commission n'a pas trouvé nécessaire une telle audition tout en relevant qu'aucune demande formelle émanant des syndicats n'avait été faite.

Au vu de ce qui précède, la majorité de la commission vous invite à soutenir le présent texte de loi.

Projet de loi (12506-A)

approuvant le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) pour l'année 2018

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,
vu l'article 60 de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013 ;
vu l'article 20 du règlement sur l'établissement des états financiers, du 10 décembre 2014 ;
vu le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile pour l'année 2018 ;
vu la décision du conseil d'administration de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile du 7 mars 2019,
décrète ce qui suit :

Article unique Rapport d'activité

Le rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile pour l'année 2018 est approuvé.

Date de dépôt :

RAPPORT DE LA PREMIÈRE MINORITÉ

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les députés,

Des rapports de gestion pour quoi faire ?

Pourquoi donc soumettre des rapports de gestions d'organismes subventionnés au Grand Conseil, s'il semble acquis pour une majorité de celui-ci qu'il ne s'agit que d'un acte purement formel, qui ne mérite pas un examen attentif ?

Ce n'est pas la première fois que la rapporteuse de minorité s'inquiète du bradage de l'approbation de rapports de gestion et de la précipitation avec laquelle on procède généralement à ce qui finit pas constituer une simple formalité.

Un processus qui se résume en général, à une audition de la direction générale et du président du conseil d'administration. Puis ? Plus rien ! Pas même – surtout pas pour certains – l'audition des représentants de l'autre versant de ce qui fait fonctionner et nourrit une institution : son personnel.

Pourtant, diverses dispositions légales inscrivent cette tâche dans les compétences du Grand Conseil. Ainsi en va-t-il de l'article 2 lettre i de la loi portant règlement du Grand Conseil, la LRGC, ou encore de l'article 34 de la loi sur l'organisation des institutions de droit public, la LOIDP, qui prévoit en son alinéa 1 :

« Le rapport de gestion des entités faisant partie du périmètre de consolidation au sens de l'article 58, lettre i, de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013, est approuvé par le Grand Conseil sous la forme de projets de loi présentés par le Conseil d'Etat. »

On est dès lors légitimé à penser que cet acte n'implique pas une approbation de routine sans examen préalable.

C'est pourquoi la rapporteuse a-t-elle refusé le PL 12506. Non pas pour mettre en question la gestion de l'IMAD, dont elle connaît et mesure à sa

juste mesure la complexité. Mais parce qu'elle est convaincue qu'une partie des difficultés auxquelles est confrontée cette institution découlent pour une bonne part des décisions politiques prises par le parlement cantonal. Celui-là même qui devrait donner son blanc-seing à la gestion de l'institution, couplant en cela la fonction de juge et de partie. Il conviendrait donc pour faire les choses comme il se devrait de prendre en considération les éléments susmentionnés et de procéder à tout le moins à l'audition des représentants du personnel. Ne serait-ce que par égard pour ceux qui s'échinent au quotidien à assurer des prestations de qualité à la population et tout autant pour que ce Grand Conseil puisse se garder de reproduire les mêmes erreurs.

Une présentation sans fard

S'il est une chose que la rapporteuse entend porter au crédit des représentants de l'IMAD, c'est leur capacité constante à présenter les difficultés et défis qui se posent à l'institution et à son personnel avec authenticité et transparence.

Que ce soit en ce qui concerne les contraintes de la LAMal, entre autres le non-remboursement des frais de déplacement à domicile, les restrictions budgétaires, la difficulté à recruter du personnel formé, la complexification et l'augmentation de la demande à laquelle elle doit répondre, ou la pénibilité du travail, l'insécurité qui peut exister à domicile, aux déplacements par tous les temps, etc. Les problèmes sont nommés et exposés de façon intelligible et avec pertinence. Voire avec compréhension et bienveillance envers le personnel.

Seule ombre à ce tableau : précisément, ce qui n'y apparaît pas. A savoir, la manière dont s'exerce le dialogue social dans le cadre de l'IMAD. La façon dont les représentants du personnel et les dirigeants de l'institution communiquent, voire collaborent à la résolution des difficultés dont pâtissent les collaborateurs.

En consultant les sites des syndicats, la rapporteuse de minorité a trouvé une résolution du personnel de l'IMAD datant d'octobre 2017, faisant état d'une grave détérioration du climat social à l'IMAD et posant une série de revendications pour tenter de pallier les problématiques invoquées. Une résolution datant certes du 19 octobre 2017, mais un état des lieux dont, somme toute, on peut gager qu'il vaut encore, à moins d'un miracle, largement pour l'exercice 2018.

Un service public, une tâche titanesque... sur un marché en devenir

Les missions de l'IMAD sont diverses tout autant qu'est vaste son champ d'intervention. Une amplitude qui ajoute encore à la complexité d'un contexte de politique d'austérité, d'accroissement de la population et de vieillissement de la population.

Dans un tel cadre, avec une demande en constante augmentation, s'ouvrent des perspectives potentiellement lucratives pour ceux qui voudraient investir dans le domaine des soins à domicile, notamment pour les personnes âgées. Un nouveau marché s'ouvre donc. Un nouvel espace commercial, car c'est bien de cela qu'il s'agira, qu'il faudra absolument réglementer pour éviter tout abus, toute dérive et garantir un accès à des prestations de qualité égal pour tous et toutes.

Aujourd'hui, on le perçoit aisément, l'IMAD occupe une position enviée, si ce n'est jalouée, sur un terrain qui suscite bien des appétits. Une position centrale que d'aucuns n'hésitent pas à remettre en question. Cela a été particulièrement perceptible lors des travaux relatifs à l'examen du projet de loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom). Un tel contexte conduit à devoir prêter une attention particulière à ce précieux pan du service public que représente l'IMAD.

Cela étant, défendre un service public de qualité n'interdit pas de réfléchir à sa meilleure organisation, à sa meilleure délimitation. Aujourd'hui, certaines voix n'hésitent pas à mettre en question la taille de l'IMAD. Certes cet organisme couvre un champ particulièrement vaste d'activités allant des soins, et de l'aide à domicile, à l'ergothérapie et la physiothérapie, en passant par la sécurité et les repas à domicile, la gestion des IEPA, d'UATR, etc. Autant de tâches, dont certaines auparavant assurées par d'autres organismes, lui ont été rattachées au fil de la réorganisation de l'aide à domicile entamée au début des années 90.

Aussi, alors que d'aucuns sous prétexte de « gigantisme » voudraient redimensionner le champ d'intervention de l'IMAD et « dépiauter » la manne de l'aide et des soins à domicile pour la soumettre aux lois du marché, ne serait-on pas mieux inspiré de s'interroger sur la pertinence de la diversité des missions progressivement ajoutées à vocation première de l'IMAD. La question est ouverte.

C'est pourquoi, Mesdames, Messieurs les députés, au vu de ce qui précède, la rapporteuse de minorité vous propose de renvoyer le PL 12506 à la commission de la santé afin que celle-ci puisse examiner plus attentivement cet objet et procéder à tout le moins à l'audition des représentants du personnel pour avoir une perception plus précise des effets

de la gestion de l'IMAD sur les conditions de travail de son personnel et la production de ses prestations.

Pour les autres aspects soulevés dans ce bref rapport, ils nécessitent la mise en place d'une réflexion prospective que la rapporteuse appelle de ses vœux.

SSP/VPOD SIT

Résolution du personnel de Imad réuni en Assemblée Générale le 19 octobre 2017

Considérant que :

1. Depuis 2013 le personnel est entré dans la fonction publique, il est soumis à la loi du personnel de l'administration publique (LPAC) et à 4 dispositions particulières propres à Imad négociées depuis janvier 2013 avec les syndicats. Trois dispositions (formation, mobilité, règlement de la commission paritaire Imad) qui ont été enfin finalisées et validées en AG du personnel Imad en date du 16 mars 2017, ne sont toujours pas validées par le Conseil d'Administration ;

2. La 4^e disposition particulière, la plus importante, soit « Les règles de gestion et horaires » est encore en cours de négociation ;

3. La rupture du partenariat social provoquée par le Conseil d'Administration, ce qui a engendré la suspension de la commission paritaire et un retard dans des traitements de défense de nos collègues, entre novembre 2016 et mars 2017 ;

4. Le taux d'absence très élevé, dépassant les 10%, soit 12% depuis plus de 2 ans et atteignant les 30 voire 50% dans certaines équipes ;

5. La demande exprimée dans la résolution issue de l'AG du personnel du 8 novembre 2016 d'entamer « une réflexion paritaire urgente sur le taux d'absentéisme » n'a toujours pas été entendue, Au contraire la direction a préféré mandater une personne externe pour analyser les causes largement connues, identifiées et dénoncées par les syndicats depuis plusieurs années

6. Le taux d'absentéisme alarmant de 12% pour l'ensemble de l'institution, présenté à la dernière commission du paritaire du 9 octobre 2017

7. Le refus de Imad de répondre à nos nombreuses demandes d'avoir des chiffres détaillés des taux d'absentéismes par fonction et directions, voir antennes de maintien à domicile et de nous communiquer les chiffres de 2017 afin de savoir s'il y a encore aggravation

8. Le volume d'heure de soin fixé dans le contrat de prestation 2016-2019 est en constante progression, sans que les effectifs du terrain ne suivent

9. L'encadrement du personnel et la gestion des absences vécus comme intrusifs, voire répressifs ;

10. La conciliation de la vie privée et vie professionnelle est de plus en plus difficile,

11. Les temps de repos et de pause souvent impossible à prendre correctement ;

12. La planification et le protocole horaire sont souvent interprétés en défaveur du personnel ;

13. L'absence de plus en plus fréquente de la concertation pour les questions de planification et récupération ;

14. La planification n'est parfois plus en lien avec les besoins du client (horaire E), mais le taux de facturation, avec la justification du risque de perdre des effectifs en termes de personnel ;

15. Les temps partiels ne sont pas respectés, avec une grande irrégularité dans la planification, et l'impossibilité d'obtenir un congé fixe, dans le cadre des 35% du personnel ;

16. La disparité de traitement dans la possibilité d'assister aux colloques, planifiés parfois au détriment d'une cohésion d'équipe et vécu clairement comme une mesure de répression, selon les cas de figure ;

17. Les délais de réponse de la hiérarchie aux différentes demandes du personnel peuvent prendre un à plusieurs mois et ne permettent pas une gestion saine de l'Imad ;

18. Les prévisions budgétaires 2018 prévoient une augmentation du taux de facturation, ce qui signifie moins de temps pour faire tout ce qui n'est pas facturable (administratif, déplacement...) ;

19. Le travail du week-end peut atteindre 3 week-ends par mois, et dans certaines équipes il y a un tirage au sort dans le cas où personne ne se désigne pour en faire plus ;

20. Le manque d'articulation entre le cahier des charges des ASSC et de celui du personnel infirmier, impliquant un manque de pratique pour les ASSC et une grande frustration ;

21. Le manque de formation des responsables d'équipe ;

22. Le sentiment d'une dérive managériale à tous les niveaux et la non-prise en compte des doléances du personnel ;

23. Le vieillissement et la prise en charge de plus en plus lourde de la population, les sorties des hôpitaux de plus en plus prématurées ;

Le personnel demande :

1. La validation par le conseil d'administration des trois dispositions particulières ;
2. La finalisation rapide de la disposition sur les règles de gestion et horaire d'ici la fin de l'année, ce qui implique que la version finale ne soit plus modifiée par Imad ;
3. La réflexion urgente sur le fort taux d'absence, déjà demandée dans la résolution de novembre 2016, et lors de nombreuses commissions paritaires ;
4. Une vraie politique de reclassement professionnel et de maintien en emploi en cas d'atteinte à la santé ;
5. Une vraie politique de Imad pour stopper la souffrance au travail et l'épuisement professionnel généralisé ;
6. L'attribution de 120 postes terrains en plus des 40 prévus au budget 2018 afin de répondre au besoin de la population ;
7. Le respect du partenariat social ;

L'Assemblée générale du personnel décide :

- D'organiser une conférence de presse pour dénoncer sa souffrance au travail
- De lancer une pétition dénonçant la souffrance au travail
- De mandater les syndicats SSP et SIT pour la mise en application de la présente résolution.

Le 19 octobre 2019

Date de dépôt : 8 juillet 2019

RAPPORT DE LA DEUXIÈME MINORITÉ

Rapport de M. Bertrand Buchs

Mesdames et
Messieurs les député(e)s,

Un rapport de gestion ne doit pas seulement être un recueil de chiffres, de tableaux et de statistiques, mais doit contenir un minimum de mise en perspective pour les années suivantes et de réflexions sur les possibles améliorations. Rien de tout cela dans ce rapport de gestion et pourtant...

L'IMAD se plaint de ne plus pouvoir couvrir financièrement ses besoins. Elle semble avoir épuisé ses fonds propres et elle a demandé au Grand Conseil de garantir ses pertes, à l'instar de l'Hospice général et des HUG.

Et pourtant, elle accepte de plus en plus de charges sans se poser la question de savoir si elle ne doit pas se concentrer sur ses compétences propres.

Pourquoi devoir gérer les immeubles à encadrement pour les personnes âgées (IEPA), s'occuper des repas à domicile, devoir prendre en charge les enfants diabétiques lors des repas en cuisine scolaire, spécialiser les infirmières qui interviennent obligeant des déplacements de plus en plus longs en oubliant de privilégier des équipes mobiles et généralistes implantées dans les quartiers et pouvant intervenir à proximité, développer un plan stratégique appelé Cap'139 qui semble être purement théorique et qui va nécessiter l'utilisation de ressources et de temps qui pourraient être mis à disposition des client(e)s ?

Avant de demander des crédits supplémentaires, il est urgent que l'Etat se pose également la question d'un transfert de subventions entre les HUG et l'IMAD.

Il faut également mieux coordonner le travail des EMS et celui de l'IMAD. Les EMS se plaignent du manque de collaboration. Par exemple, les IEPA et les repas à domicile pourraient être gérés par les EMS, ce qui permettrait à ces structures de jouer un rôle central dans les quartiers et les communes.

Ces quelques exemples démontrent que l'IMAD ne doit plus se croire indispensable et hégémonique, mais qu'elle doit accepter de déléguer.

Toutes ces critiques, qui sont constructives, sont toujours mal reçues, car il semble qu'il soit politiquement incorrect d'émettre les moindres réserves.

Une telle position est dangereuse, car à force de ne pas vouloir se remettre en question, cet état d'esprit peut entraîner de graves dysfonctionnements.

N'oublions pas que la nouvelle planification sanitaire va peut-être pousser les structures privées à développer leur propre système de soins à domicile.

Pour terminer, nous allons revenir sur une demande faite depuis de trop nombreuses années par le PDC, à savoir la création d'un service médical au sein de l'IMAD.

Il est urgent que des médecins soient engagés pour pouvoir développer les hospitalisations à domicile (HAD), répondre aux demandes des collègues installés en ville, introduire de nouvelles techniques et traitements.

Il est inimaginable que cette demande, qui semble naturelle et essentielle, soit rejetée année après année.

Vous comprendrez par ces quelques exemples que l'IMAD doit se remettre en question, se poser les bonnes questions, apprendre à déléguer pour se concentrer sur son core business que sont les soins à domicile.

Pour toutes ces raisons, la minorité vous demande de refuser ce rapport de gestion en ne votant pas l'entrée en matière du PL 12506.

Date de dépôt : 27 août 2019

RAPPORT DE LA TROISIÈME MINORITÉ

Rapport de M^{me} Alessandra Oriolo

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé s'est réunie le 21 juin 2019 et a reçu la directrice générale de l'IMAD, M^{me} Da Roxa ainsi que M. Sella, président du Conseil d'administration de l'IMAD pour la présentation du rapport d'activité de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) pour l'année 2018. Suite à cette audition, la commission a souhaité en grande majorité voter le jour même ce projet de loi sans même accepter l'audition des syndicats. Nous avons donc dû voter ce rapport immédiatement sans avoir pu nous plonger de manière détaillée dans ce dossier, sans même pouvoir entendre un autre son de cloche que celui de la direction, et ce comme l'année précédente... reproduisant ainsi les mêmes erreurs que l'année dernière.

Un tour de force pour voter ces rapports

L'an dernier, les Verts avaient déploré ce tour de force pour voter rapidement ces rapports de gestion étant vus comme une simple formalité. Cette année aucun changement sur les procédures. Si les budgets de décembre sont établis en fonction des rapports d'activités de juin, et qu'on ne nous laisse pas le temps en juin d'analyser ce qui a été fait et de poser un regard critique sur ce que nous voulons pour la suite, dites-moi donc à quel moment le faisons-nous ?

Nous remercions le personnel de l'IMAD pour son travail et son rôle nécessaire de service d'aide à domicile, permettant un service public à toutes et tous, 7/7. Cependant, nous sommes conscient.e.s des difficultés et des défis auxquels l'institution fait et fera face dans les années à venir avec le vieillissement de la population. En ce sens, nous voulons nous assurer, nous les Verts, que les mesures nécessaires soient prises pour ne pas aller vers une baisse de qualité ou vers un épuisement du personnel soignant.

Personnel soignant en souffrance

Tout d'abord, il est regrettable que la commission de la santé ait refusé l'audition des syndicats (SSP) alors que la problématique d'un taux d'absentéisme élevé et d'un manque de personnel est connue de toutes et tous.

Faisons-nous un travail parlementaire de qualité si nous validons un rapport de gestion d'une institution sans nous enquêter de ce que pensent les personnes qui sont sur le terrain ? Comment pouvons-nous nous suffire d'une voix unique pour valider un rapport et faire un travail sérieux ?

A défaut d'avoir pu le faire en commission, un travail d'enquête a dû être mené par la rapportrice de minorité.

Les faits

Nous savons aujourd'hui que les tâches du personnel soignant sont toujours plus pénibles. L'IMAD est la seule institution qui a l'obligation d'admettre tout.e patient.e et de fournir des soins 7/7. Le taux de rotation du personnel (turnover) en 2018 se situe à 8,72%, légèrement moins élevé qu'en 2017, mais toujours élevé.

D'ailleurs, dans les cahiers des revendications du personnel féminin à Genève¹, et plus précisément dans le cahier de la fonction publique, il est mentionné les chiffres suivants :

« A l'IMAD : le taux d'absence, évalué à **14%** ou plus sur le terrain, témoigne des sous-effectifs et d'une non-considération budgétaire suffisante pour les remplacements. Le personnel s'épuise en se remplaçant à l'interne et navigue dans un horaire de travail devenant insupportable – horaires coupés et disponibilités rajoutées. »

Il y a donc une demande et une souffrance clairement exprimée par le personnel soignant à prendre en compte.

Nous savons aussi que la situation n'ira pas en s'améliorant avec un vieillissement de la population et une augmentation des maladies chroniques et donc des besoins en soins. En effet, les malades chroniques et les maladies non transmissibles (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires... dits MNT)

¹ <https://frauenstreik2019.ch/wp-content/uploads/2019/06/Cahier-de-revendication-Fonction-publique.pdf>

sont en constante augmentation. En Suisse, elles touchent 2,2 millions d'individus. Leur coût représente 80% des coûts de la santé ² !

Des hauts cadres pour pallier la problématique du terrain ?

Il nous est indiqué que l'IMAD s'efforce de mettre en place une stratégie pour améliorer les conditions de travail de ses employé.e.s et lutter contre le taux de rotation du personnel. Cependant, pour les personnes sur le terrain, il semblerait qu'il soit très difficile d'obtenir du personnel soignant supplémentaire et que l'énergie soit mise plutôt sur la politique managériale. Est-il possible que des postes au niveau managérial soient ajoutés au détriment des postes sur le terrain ?

M^{me} Da Roxa a cependant reconnu avec transparence durant son audition la problématique du manque de personnel et de leurs conditions difficiles de travail. Nous apprécions sa transparence, mais il serait opportun de s'enquérir dans le détail sur les mesures réellement mises en place pour pallier cette problématique et sur la manière dont sont alloués les budgets.

Il est aussi temps de se poser la question de comment nous souhaitons allouer les budgets des établissements publics. Faut-il privilégier l'engagement du personnel sur le terrain, qui représente directement les missions clés de l'institution, ou l'engagement de hauts cadres ?

Comment garderons-nous notre personnel soignant si nous ne sommes pas en mesure d'améliorer leurs conditions de travail alors que la demande s'intensifie ? Il est capital que l'IMAD puisse engager massivement du personnel de terrain pour répondre aux besoins de la population. Nous devons nous doter des moyens nécessaires si nous voulons continuer d'offrir des prestations publiques de qualité et ne pas avoir une santé à deux vitesses, accessible qu'à une certaine élite.

CAP 139 : un plan stratégique qui reste flou

L'IMAD nous a rapidement présenté le nouveau plan stratégique qui fixe les objectifs à l'horizon 2020. Or, dans ce rapport, nulle mention du coût exact ni de sa pertinence. Ce projet reste flou même pour le personnel de l'IMAD. Nous sommes toujours bien loin des réalités du terrain...

² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>

« Responsabilité environnementale de l'entreprise » ...vraiment ?

Quelle surprise de lire dans ce rapport que l'institution et plus précisément le comité de direction a décidé de créer une cellule de « responsabilité sociale d'entreprise » et que leur politique d'achat se veut responsable alors que la même année nous apprenions que tout le matériel médical stérile allait être remplacé par du matériel à usage unique et jetable dans les poubelles ménagères... Fermer le robinet d'un côté et l'ouvrir de l'autre ?

Nécessité d'un service public accessible et de qualité

Les Verts s'engagent fortement pour le maintien d'un service public de qualité qui permette d'offrir à *toute une chacune* des prestations adaptées aux besoins, n'excluant personne du système de santé. C'est pourquoi, nous souhaiterions pouvoir renvoyer ce rapport à la commission de la santé afin que les commissaires puissent faire leur travail et étudier en profondeur ce rapport de gestion. Et que par la suite, nous puissions, en connaissance de cause, indiquer nos attentes à l'IMAD et lui donner les moyens de réaliser sa mission.