

Date de dépôt : 17 août 2021

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat approuvant le rapport annuel d'activité de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour l'année 2020

Rapport de majorité de M. François Baertschi (page 1)

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

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. François Baertschi

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé a étudié projet de loi 12959 lors de ses séances tenues les 11 et 18 juin 2021. La présidence a été assurée par M^{me} Jennifer Conti, et le procès-verbal a été tenu par M^{me} Mariama Laura Diallo.

Audition de M^{me} Marie Da Roxa, secrétaire générale, et M. Moreno Sella, président de l'IMAD, le 11 juin 2021

M^{me} Da Roxa explique à la commission les difficultés rencontrées pendant l'année 2020, avec notamment la mise en place d'un dispositif covid ad hoc.

Un dispositif en quatre dimensions s'est mis en place. Premièrement, il y a eu la mise en place d'un dispositif de dépistage pour les personnes qui ne pouvaient pas se faire dépister dans les centres. Cela continue à les occuper, car la DGS a demandé mandat pour faire des dépistages los de suspicion de cluster. Une deuxième dynamique a été de constituer une équipe ad hoc pour

soigner les personnes atteintes par le covid avec un flux séparé. C'était le cas pour des patients suivis par l'IMAD mais aussi pour des patients suivis par d'autres organismes ou alors qui n'étaient pas suivis du tout. Il a été possible de maintenir à domicile, en concertation avec les hôpitaux et le 144, plusieurs personnes qui n'ont pas eu à être hospitalisées.

Le troisième élément concerne les « covid longs », c'est-à-dire les personnes guéries qui ressortent de manière fragilisée d'une contamination avec des besoins de réadaptation à domicile et des accents sur la nutrition et la fatigue. Cela a permis de mettre en place une coordination avec les médecins, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les hôpitaux et les cliniques. C'est un élément positif sur lequel ils espèrent pouvoir capitaliser par la suite afin d'utiliser cette crise comme une opportunité de se mettre en alliance et de pouvoir assurer une coordination qui permette la prise en charge de la personne. Enfin, le dernier axe, venu plus tardivement dans l'année 2020, c'est la vaccination à domicile. Il a été choisi de manière concertée avec la DGS de faciliter l'accès à des centres de vaccination pour les personnes suivies à domicile et de ne réserver la vaccination à domicile que pour les personnes ne pouvant pas se rendre aux centres de vaccination pour des raisons physiques ou psychologiques. Ce dispositif a concerné plus de 5000 patients toutes catégories confondues. Cela s'est fait en plus des personnes suivies usuellement, soit plus de 10 000 personnes. Il a fallu gérer les deux suivis différenciés sur l'ensemble de l'année.

Rappelons que les hôpitaux et cliniques ont dû stopper les opérations. Plus de 50% des personnes suivies par l'IMAD ont plus de 80 ans, 1/3 des personnes âgées de plus de 80 ans à Genève sont suivies par l'IMAD et une personne sur deux de plus de 90 ans est suivie par l'IMAD. L'IMAD a dû reprendre, en accord avec la DGS, des prestations effectuées en ambulatoire, soit parce que les organismes ont cessé leurs prestations pendant une période donnée, soit parce que les patients ne voulaient plus se rendre dans les hôpitaux.

Cette charge supplémentaire a amélioré les flux de communication et de coordination avec des partenaires sur le plan cantonal. C'est une étape qui a permis d'améliorer les complémentarités dans le cadre du réseau, à poursuivre sur cette lancée pour concrétiser sur la durée ces partenariats essentiels. Le maintien à domicile ne peut porter sur la durée que dans une logique qui soit interprofessionnelle, interinstitutionnelle et en continuant à travailler sur la communauté. L'IMAD représente 52 équipes réparties sur l'ensemble du canton avec une volonté de décentralisation parce que les besoins sont différents que l'on se trouve à Vézenaz, à la Jonction ou à Chancy. Les équipes ont un socle commun de prestations puis des profils

différents. Sur l'année hors crise sanitaire, plus de 18 000 personnes ont été prises en charge, il y a eu une augmentation importante des prestations et notamment des repas livrés à domicile.

Ces repas ne sont pas dans une logique de Uber Eats. Ce ne sont pas des prestations de confort puisqu'elles font l'objet d'une évaluation. Nous avons constaté que la majorité des augmentations de portage de repas était liée à des personnes déjà suivies à l'IMAD, les nouveaux « clients » n'en étant qu'une petite proportion. Nous examinons cela avec les communes ou d'autres organisations, car il n'est pas exclu que nous ayons mis le point sur une poche de vulnérabilité de personnes qui ne demandaient rien à personne et passaient dessous tous les radars. Avec une patientèle âgée à plus de la moitié de plus de 80 ans, il y a toujours un accroissement de la fragilité et de la complexification des prises en charge. Nous continuons sur des prises en charge 6j/7 ou 7j/7. Lorsque les situations deviennent plus complexes, elles sont souvent référées à l'IMAD. En ce qui concerne les collaborateurs, nous continuons à avoir une répartition très féminine à l'IMAD. En effet, 80% sont des collaboratrices et 69% des collaboratrices et collaborateurs sont à temps partiels, hommes et femmes confondus. Nous avons eu un souci constant pendant la crise de la protection de la patientèle et des collaborateurs en lien avec le matériel mais aussi au niveau psychologique. Une hotline 7j/7 et 24h/24 a été mise en place pour répondre aux collaboratrices et aux collaborateurs ainsi qu'un système d'infolettre afin de les informer de ce nous savions et ce que nous ne savions pas.

La question du soutien psychologique était nécessaire. Cela a été fait via le service de santé du travail mais aussi via une ligne de soutien externe. Ce sera maintenu car une des inquiétudes est que, si la sortie de crise se confirme, on s'attend à un moment de décompression par rapport à toute la pression subie et que cela ait des conséquences sur l'état physique et psychologique. Nous espérons que les vacances seront profitables et qu'il n'y aura pas d'effet rebond à la rentrée. Nous gardons aussi un dispositif de veille en accord avec la DGS, c'est-à-dire que nous ne fermons pas les équipes constituées, nous les réduisons au minimum en étant prêts si nécessaire à les remettre en mode puissance. La formation notamment continue est importante pour les collaborateurs. Nous misons sur des binômes d'infirmières HES et d'ASSC avec des logiques de délégation mises en place depuis 5 ans. On parle aussi de mettre en place des pratiques avancées au niveau des infirmières. La LS a été modifiée sur des possibilités de délégation avec des auxiliaires de vie. Avec une septantaine d'apprentis en permanence en matière d'ASSC, nous considérons qu'il est normal de mettre

le pied à l'étrier pour des jeunes et c'est une responsabilité institutionnelle que nous portons par rapport à la pénurie de professionnels de la santé.

Questions des députés

Un député (PDC) demande quel est le pourcentage de personnel infecté durant le covid et le taux d'absentéisme.

M^{me} Da Roxa répond qu'on a pu isoler le taux d'absence par rapport aux personnes contaminées ou en quarantaine. Ce taux d'absence lié uniquement aux personnes contaminées et en quarantaine était de 1,42%. Dès août 2020, suite à l'annonce de la Confédération sur les mesures de protection des femmes enceintes, ils ont pris la décision de ne pas exposer toutes les femmes enceintes parce qu'on ne pouvait pas assurer les conditions de protection en milieu domiciliaire. Cet élément-là sera reconsidéré à partir de septembre moyennant leur vaccination. Quand des soignants ne peuvent plus pratiquer sur le terrain, il n'y a pas beaucoup de possibilités de reclassement des personnes. Nous avons rencontré un énorme taux d'adhésion à la vaccination à l'IMAD, en effet plus de 1200 collaborateurs sont vaccinés. Environ 400 collaborateurs ont été contaminés. Le taux d'absence global est de 7,2% hors Covid.

Le député (PDC) demande quel était le taux d'absence pour l'année 2019.

M^{me} Da Roxa répond que de mémoire, il était à 6,9%. L'absence à l'IMAD est à mettre en corrélation avec le contexte domiciliaire avec des conditions météorologiques pas toujours faciles. Il y a peu de moyens auxiliaires à domicile. Les conditions générales font qu'on ne peut pas comparer des taux d'absence d'une pratique domiciliaire à des taux qui seraient pratiqués dans des secteurs administratifs.

Le député (PDC) demande comment ils ont pu se débrouiller pratiquement entre ce qui était purement covid et l'activité normale. Il demande s'ils ont dû engager du personnel supplémentaire.

M^{me} Da Roxa répond que le travail sur appel n'existe pas à l'IMAD. On a pu grâce au Conseil d'Etat et au Grand Conseil obtenir des crédits extraordinaires et travailler avec des intérimaires. Certaines situations ont été requalifiées. Les infirmières référentes non intérimaires suivent les personnes au long cours. On a aussi pu compter sur des pools de remplacement centralisés pour les congés maternité. Souvent, dans les métiers de la santé, les femmes suspendent leur activité en pré-maternité. L'enjeu s'est situé sur un renfort d'intérimaires bien pensé et sur une anticipation, puisque le marché de l'emploi s'est asséché rapidement. Il a été possible d'anticiper à temps pour engager des personnes et nous sommes maintenant dans une

logique de décrue par rapport aux collaborateurs intérimaires. Nous sommes attentifs à l'équilibre, car on a des équipes fatiguées. A l'IMAD, les plannings sont donnés 8 semaines à l'avance et dans la grande majorité des cas on a pu respecter les temps de récupération.

Un député (S), concernant les comptes 2019, se demande pourquoi il y a une charge de personnel de 230 millions et moins de 1 million en plus pour les comptes 2020, ce qui lui semble peu, du fait qu'il y a une sur-sollicitation de l'IMAD qui se reporte peu sur la charge en personnel et il se demande comment ils ont fait.

M^{me} Da Roxa répond qu'il y a eu le financement de l'annuité rétroactive 2016 payée sur 2019 et ça représentait plus de 8 millions pour l'IMAD. Cette question du financement de l'annuité rétroactive 2016 a faussé la comparabilité entre les comptes 2019 et 2020.

Le député (S) demande combien de personnes en plus il a fallu engager pour absorber l'année 2020.

M^{me} Da Roxa répond que ça a joué sur les heures supplémentaires, la flexibilité du personnel, les engagements intérimaires et l'augmentation momentanée des taux d'activité. La majorité des collaborateurs sur le terrain travaillent à temps partiel. Plus de 100 infirmières ont été d'accord d'augmenter leur taux d'activité. Il y a eu une combinaison de mesures pour arriver à faire face. Elle relève qu'il y a eu une dynamique de solidarité exemplaire parmi les collaborateurs et l'encadrement de l'IMAD. Au premier semestre 2020, on a arrêté la gestion du contentieux. Des comptables et des personnes au contentieux sont allés aider les équipes sur des organisations logistiques ; dès lors, il y a eu un mouvement de mise en ensemble admirable. Il y a eu beaucoup d'heures supplémentaires au niveau de l'encadrement. On essaie maintenant de faire en sorte que les collaborateurs à tous les niveaux arrivent à se ressourcer dans les prochains mois. Plus de 60 intérimaires ont été engagés pendant cette période.

Le député (S) s'interroge sur le lien et la complémentarité avec les communes. Il demande des précisions à ce sujet et sur financement avec les communes si certaines tâches devaient leur être déléguées.

M^{me} Da Roxa répond qu'on a entamé la collaboration avec les communes il y a plusieurs années. Le canton de Genève a le plus faible taux d'institutionnalisation de Suisse. Comme l'a dit l'OMS, il n'y a pas de santé sans social et pas de social sans santé. La logique de la santé communautaire est essentielle. A Genève, ça s'est perdu avec les années. Il était très compliqué pour l'IMAD d'arriver à avoir des contacts avec les services et magistrats communaux. Ça a été un travail important afin de développer les

contacts. Elle rappelle qu'il faut pouvoir s'adapter et travailler en bonne intelligence en proximité. Il y a deux ans, le conseil d'administration a accepté d'ouvrir un poste de référent par rapport aux communes. Cela signifie que, lorsque quelqu'un a une question dans une commune, il a un point de chute à l'IMAD. Pendant la crise, on a réutilisé tout le mécanisme du plan canicule, dans lequel on a des partenariats avec les communes.

M^{me} Da Roxa a besoin de savoir quelles sont les personnes dont l'IMAD ne s'occupe pas. On a pu, en accord avec la DGS, avoir des échanges fluides avec les communes pour qu'elles puissent savoir où intervenir. Ça a permis de mettre en évidence, dans les communes, qui avait besoin de prestations et qui n'en avait pas besoin. Au mois de mars 2020, elle rappelle les files d'attente qu'il y avait devant les magasins alimentaires. L'IMAD a immédiatement stoppé les courses accompagnées et la prestation des courses a été challengée en disant que l'IMAD ne pourrait pas faire face aux besoins. Assez rapidement, avec la Croix-Rouge genevoise et les bénévoles au niveau des communes, il y a eu une répartition des tâches. Les courses étaient faites par les organisations de proximité au niveau des communes et, quand ce n'était pas possible, on privilégiait l'intensification des portages de repas. C'est ainsi qu'on est passé de 9000 repas à 15 000 repas par semaine en moins de 10 jours.

Sur la question des répartitions canton-communes, ce qui est important c'est de renouer le dialogue avec les communes. On travaille aussi en partenariat avec Pro Senectute. On privilégie la combinaison santé-social avec les communes afin de trouver des solutions ensemble. Il s'agit de mettre en place un dispositif de prestations qui fasse sens pour maintenir une prestation de maintien à domicile de qualité. Il y a de grands débats sur ce qui devrait être transféré ou pas aux communes. L'IMAD ne sait pas s'il est souhaité que ses prestations soient transférées vers les communes ou s'il est souhaité que le financement de ses prestations soit transféré aux communes. Que ce soit sur l'aide à domicile, sur le portage de repas et la prestation de nutrition qui est derrière, l'IMAD n'est plus sur des prestations de confort. On a réduit de moitié les prestations d'aide à domicile ces 10 dernières années et on ne les fournit que si elles permettent de freiner la fragilisation de la personne et le fait qu'elle ne pourrait plus rester à domicile. Elle rappelle que les aides à domicile à l'IMAD ne sont pas des femmes de ménage du public.

Le député (S) relève qu'à la p. 9 du rapport une phrase énigmatique dit que « dès le début de la crise, l'IMAD a mis à disposition des soins à domicile privés. Ce protocole de prise en charge des malades de la Covid 19 ... ». Il n'a pas compris ce que cela signifie et il se pose la question

sur le lien avec les OSAD privées. Il demande s'il y a une concurrence de soins à domicile et si l'IMAD est challengée sur ses prestations par un marché privé qui serait plus agressif. Il a une question relative à l'UMUS et à l'implication dans le réseau de santé. Il y a 14 interventions par mois, ce qui lui semble peu en fonction de l'impact massif au niveau social de la crise, et il n'y a pas de demande d'intervention en hausse concernant les conflits de couple en 2020. Or, il vient de voir que les violences domestiques ont explosé à Fribourg et à Berne. Il demande pourquoi l'UMUS n'est pas plus contactée. Il demande si elle est suffisamment forte et connue pour intervenir dans ce champ sensible. Il a une dernière question sur la revalorisation salariale. On connaît tous et toutes l'échec de Score et on a vu des manifestations devant les HUG demandant une meilleure valorisation des salaires des employés. Il demande ce qu'il en est pour l'IMAD d'une possibilité de revalorisation de ses salaires.

M^{me} Da Roxa explique qu'au niveau des OSAD privées, il a fallu rapidement mettre en place des protocoles de protection des collaborateurs lors d'une intervention à domicile chez une personne atteinte du covid. Ils ont été mis en libre accès en ligne. En termes de concurrence, elle préfère le terme de complémentarité, malgré le fait qu'il y a une certaine agressivité de certaines OSAD privées qui souhaitent démontrer leurs performances. Quand on voit les OSAD privées qui prétendent pouvoir avoir le même collaborateur du lundi au vendredi pour la même personne, lorsque l'on applique la loi fédérale sur le travail, il y a quelque chose qui n'est pas possible. Elle relève les activités de prévention et de détection qui ne sont pas prises en charge par la LAMal. Sur le projet COGERIA qui devient une prestation, on est sur la logique d'être en amont, de s'entendre avec les médecins traitants et d'avoir des protocoles et des alertes définis d'un commun accord. L'hôpital fait des choses excellentes, mais c'est un lieu de désocialisation pour les personnes âgées si elles y restent trop longtemps.

Il faut trouver le juste équilibre et avoir une organisation publique de maintien à domicile forte pour des tâches qui relèvent de la mission de politique publique d'équité de traitement. On n'est pas sur les mêmes profils et c'est tant mieux car il y a de la place pour tout le monde. Concernant l'UMUS, c'est la seule prestation sur laquelle le conseil d'administration s'est positionné très clairement sur le fait que ça n'a rien à faire dans le cœur de métier de l'IMAD. On est sur des interventions qui prennent le relais d'institutions sociales de jour. C'est quand le SPAd, le SPMi et l'Hospice général ferment et on est complètement déconnecté de la réalité du réseau social ce qui n'est pas facile en termes de sens. Pourtant, la réponse a été de dire que l'UMUS fonctionne bien. On a un standard téléphonique avec des

infirmières qui répondent 24h/24 et 7j/7. Aujourd'hui, si on veut sortir quelque chose de l'IMAD, elle pense que ça serait la première prestation et c'est ce qui a été souhaité par le conseil d'administration. En 2019 et en 2020, on a remis un rapport à jour avec des profils éclairants sur les interventions de l'UMUS.

Il y a des violences domestiques, mais il y a aussi des conflits familiaux avec des adolescents et des configurations en lien avec des placements en urgence d'enfants. C'est déconnecté du profil de patientèle qui est celui de l'IMAD. Elle rappelle que le public ne peut pas contacter l'UMUS directement, qui peut être contactée par le 144, la police, les pompiers mais pas par tout un chacun, ce qui explique que d'autres relais ont pris pendant cette période-là. En ce qui concerne la revalorisation salariale, on s'est positionné clairement de manière positive auprès du Conseil d'Etat sur la revalorisation salariale des ASSC. Les formations pendant la crise ont été très réduites, mais elles reprennent dès septembre. Il y a un enjeu majeur dans le binôme infirmier-ASSC et on ne peut pas être dans la logique où les infirmières sont sur des éléments plus complexes et les ASSC font des activités sous délégation des infirmières sans le reconnaître.

Un député (S) relève que les équipes de l'IMAD sont encore soumises à énormément de stress. Concernant le personnel des EMS, il y avait une pétition d'UNIA qui demandait 50 francs par jour de plus pour la période covid et la réponse du Conseil d'Etat était négative. Il comprend qu'il y a une coordination importante entre infirmières et ASSC et il demande si l'ensemble de ces revendications sont légitimes. Par rapport aux effectifs de l'hôpital, des EMS et de l'IMAD, on se rend compte d'un changement de trend et des places qui se libèrent en EMS avec la covid. Il demande si ça va aussi changer la donne pour le travail de l'IMAD.

M^{me} Da Roxa répond qu'il y a effectivement momentanément des lits disponibles, car il y a une crainte chez les proches aidants de passer à l'institutionnalisation de leurs proches. Le problème pour l'IMAD n'est pas la disponibilité des lits en EMS, mais c'est de pouvoir accompagner les familles sur le fait que le maintien à domicile n'est plus possible et qu'il faut commencer à se préparer. La crainte est toujours d'entrer en EMS et ça signifie aussi des impacts financiers pour certaines familles. C'est un élément qui fait débat, pour lequel on a souvent besoin du médecin traitant pour accompagner les familles. Là où c'était un constat d'échec, c'est qu'on utilisait l'hôpital pour permettre aux gens de faire le deuil du domicile. De son point de vue, c'est quelque chose qui doit s'améliorer et c'est un problème qui a été adressé à la DGS. Il y a la question des proches aidants et de la façon dont on anticipe toutes les démarches administratives. Du point

de vue de l'IMAD, ça ne change pas la donne et on est toujours sur un référentiel de se demander comment faire le pas pour quitter un domicile et faire le deuil d'une vie autonome en sachant que, pour eux, la limite de maintien à domicile ce sont les troubles cognitifs graves.

Pendant la crise, pour toutes les personnes âgées qui étaient en attente de placement, il y a eu des facilitations d'entrée en EMS et le problème qui reste, c'est pour les personnes qui ne sont pas en âge AVS, qui ne peuvent pas retourner à domicile et qui auraient besoin d'une place en institution spécialisée. Concernant la revalorisation salariale, les hôpitaux et l'IMAD ont travaillé main dans la main concernant les cahiers des charges des ASSC en sachant qu'il y a des particularités selon le milieu hospitalier ou domiciliaire. Par rapport à la crise, le conseil d'administration a joué pleinement son rôle et il a pris des mesures en termes de soutien aux collaborateurs. On a notamment sollicité des organisations philanthropiques pour faire des signes de reconnaissance. Ce sont des mesures qui ont été très appréciées. C'était des vraies marques de reconnaissance de la part du conseil d'administration. C'était juste et ça a joué un rôle sur le fait qu'on tienne le coup sur la durée.

Un député (PDC) s'adresse à M. Sella. Il demande comment fonctionne le comité d'audit qui fait partie du conseil d'administration de l'IMAD. Il trouve étonnant que le conseil d'administration fasse lui-même l'audit de l'institution.

M. Sella explique qu'en matière de gouvernance, l'IMAD dès sa création a créé qu'un comité d'audit. Il n'a aucune autre commission et il n'y a pas de bureau. Les sujets passent tous dans l'ordre du jour du conseil d'administration. Le comité d'audit est une obligation légale. Il est composé entre 3 et 5 membres du conseil d'administration. Ce n'est pas le comité d'audit qui fait l'audit de l'IMAD. Le comité d'audit suit les recommandations de l'auditeur externe qui vient réviser les comptes de l'institution et qui produit les rapports sur les comptes et le système de contrôle interne et l'analyse des risques. Ce rapport d'audit est présenté à l'ensemble du conseil d'administration qui vote les comptes et ce rapport est ensuite remis au département rapporteur puis au Conseil d'Etat. Le comité d'audit a un seul membre qui est un auditeur interne qui fait des audits sur demande du comité d'audit, du conseil d'administration ou de la direction générale au courant de l'année. Chaque fin d'année, on se met d'accord sur plusieurs audits à faire l'année suivante. Le même système a été mis en place pour les six établissements publics autonomes. Le comité d'audit suit aussi les recommandations de tous les audits extérieurs à l'IMAD, soit de la Cour des comptes et du SAI. Le comité d'audit siège en quinconce avec le conseil d'administration et, à chaque fois que le comité d'audit siège, un des

membres du comité d'audit fait un rapport à tout le conseil d'administration sur l'état d'avancement des audits.

Le député (PDC) demande s'il est possible d'avoir des exemples d'audits en 2020 qui ont été faits par l'auditeur interne.

M. Sella répond qu'il s'agit de l'année marquée par le covid où l'auditeur a fait des distributions de repas et d'autres tâches dans le cadre de l'IMAD-covid. Il propose de faire un courrier avec la liste des audits 2019-2020 et le plan 2021. A chaque fois qu'on fait une liste d'audit, elle est transmise au SAI et au département.

La présidente demande s'ils disposent de données relatives à la qualité des soins.

M^{me} Da Roxa répond qu'on fait des évaluations cliniques avec des données à travers un outil qui s'appelle RAIL et qui d'ici la fin de l'année évoluera vers INTERRAIL. C'est un outil standardisé qui va leur permettre d'utiliser d'autres éléments notamment au niveau du benchmarking européen et international. On peut voir la proportion de médicaments pris et il y a une analyse des alertes qui sont faites. C'est un outil d'évaluation clinique qui permet de prendre en considération l'état de santé de la personne et les ressources dont elle dispose. Il s'agit de potentialiser les ressources qu'il reste à la personne, de voir quel est son réseau social et de poser des alertes qui sont corrélées avec des objectifs de soins qu'on partage avec le patient, le proche aidant et le médecin. Ça permet de mesurer l'état de santé des patients suivis par l'IMAD. Il y'a des enquêtes régulières sur les prestations et elles sont remontées au niveau du conseil d'administration. C'est un secteur qu'on aimerait beaucoup développer. Ce sont des données importantes en termes de politique publique et pour développer les expertises. On commence à être approché par des milieux universitaires et de recherche car on a des données cliniques répertoriées depuis plus de 15 ans et qui représentent des cohortes longitudinales extrêmement intéressantes à utiliser et qu'on utilise sur certains projets qu'on essaie de mettre en place.

Discussion interne

Un député (S) propose d'entendre M. Magnin de l'ACG sur les enjeux de basculement entre l'IMAD et les communes et sur le rapport de gestion 2020 plus spécifiquement. Certaines communes semblent jouer le jeu avec l'IMAD et d'autres peut-être pas. Il se demande comment à l'échelle du canton est organisée la collaboration entre l'IMAD et les communes.

M. Bron signale qu'il y a un représentant de l'ACG au sein du conseil de l'IMAD et qu'il pourrait être intéressant qu'il accompagne M. Magnin. Il

relève qu'il y a une espèce de confusion entretenue. Ce sont des idées reçues qu'il faut combattre. Aujourd'hui, il n'y a pas de transfert potentiel d'activités de l'IMAD vers les communes. La loi sur la répartition des tâches explique que ce qui est lié aux soins et à la prise en charge dans le réseau de soins est une tâche cantonale et c'est ce que fait l'IMAD. L'idée reçue est de dire qu'il y a une aide pratique sur les repas qui sont décorrélés des soins qui pourrait facilement être mise dans un ensemble d'aide sociale de proximité ; or, ce n'est pas le cas. Il n'y a aujourd'hui plus d'aide pratique simplement parce qu'on est en âge AVS. L'aide pratique est accordée sur l'évaluation de la fragilité et sur la base de la preuve qu'il y a une pertinence à intervenir pour des questions sanitaires auprès de ces personnes-là. A part l'UMUS, il n'y a aucune tâche substantielle de l'IMAD qui pourrait être éligible pour être mise à la charge des communes. La difficulté qu'il y a c'est que pour bien faire du maintien à domicile, on a besoin d'avoir un bon lien social de proximité. Il faut avoir des gens qui identifient les personnes éligibles, qui fassent une évaluation sociale et qui aident à remplir les demandes d'allocation pour impotent. Ce ne sont pas des tâches de l'IMAD. Il n'y a pas de potentiel grand transfert de charge possible dont l'IMAD serait l'enjeu vers les communes. Aujourd'hui, l'IMAD fait un travail de soins. Il n'y a pas de transfert mais des choses à développer avec les communes.

Une députée (EAG) indique que les soins à l'IMAD ne sont pas en question dans le champ de la LRT, mais celle des structures intermédiaires pourrait l'être très immédiatement. En son temps, l'UMUS était rattachée aux structures santé-social dans la cadre des CASS. Il y avait une logique, car il y avait à la fois la composante sociale et celle de la santé. La question sur les structures intermédiaires entre tout à fait dans le cadre des activités de proximité dont les communes ont la responsabilité exclusive dans le cadre des prestations aux personnes âgées. Elle trouverait dommage de faire venir uniquement l'ACG et pense qu'il faudrait avoir un échange plus large qui regrouperait à la fois la commission des affaires sociales, la commission de la santé et la commission des affaires communales, régionales et internationales pour échanger sur les questions de répartition des compétences.

Un député (PDC) trouve que, si on fait une grande réunion avec toutes les commissions, on ne va jamais voter ce rapport de gestion. Il s'adresse à M. Bron. Il n'arrive pas à comprendre pourquoi les repas à domicile ne pourraient pas être délégués aux communes. Ça déchargerait l'IMAD pour se concentrer sur la santé.

M. Bron répond qu'il y a des choses à développer. Le rôle des EMS dans leur quartier pour anticiper l'entrée des résidents sont des expériences bénéfiques. Aujourd'hui, l'IMAD intervient pour des clients qu'ils

connaissent, qui ont des besoins en termes de nutrition et vont bénéficier d'une prise en charge globale de la part de l'IMAD. Les deux sont possibles et pertinents et ce n'est pas l'un contre l'autre. Dans le cadre de la crise covid, il y a eu une forte augmentation des livraisons de repas et c'était important de revenir le plus vite possible à la normale.

Un député (PLR) ne souhaite pas qu'on auditionne l'ACG dans le cadre du rapport d'activités de l'IMAD. Cela étant, il pense que la demande d'audition de l'ACG n'est pas dénuée de sens. A l'heure actuelle, compte tenu du fait qu'il manque des places dans les établissements pour personnes handicapées et qu'il y a des personnes qui sont en situation de handicap n'étant pas en âge AVS, elles pourraient aller dans des EMS avec des éléments de dérogation. Il y verrait un grand risque car les personnes en situation de handicap doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement socio-éducatif qui est la mission des EPH. Ce sont des personnes qui ne nécessitent pas des soins continus comme c'est le cas pour les EMS. On utiliserait donc le fait d'avoir des lits disponibles dans des établissements qui ne sont pas appropriés pour des personnes en situation de handicap. Cette dérive-là, si elle devait progressivement s'institutionnaliser, poserait un problème car on créerait des hébergements inappropriés pour des personnes en situation de handicap qui seraient adressées pour des durées indéterminées en EMS. Il pense qu'il faudra aborder ce problème. Cette question lui semble majeure et elle ne doit pas être traitée dans le cadre du rapport de gestion 2020.

La présidente met aux voix la proposition d'audition de l'ACG dans le cadre du rapport de gestion de l'IMAD :

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

L'audition de l'ACG est refusée.

Audition de M^{me} Mercedes Rodriguez et M. Daniel Fagioli, secrétaires syndicaux, et M. Alexandre Moser, président d'Avenir syndical, sur les rapports d'activité des HUG et de l'IMAD, s'exprimant principalement sur les HUG

M. Fagioli estime que le rapport de l'IMAD est bien plus complet que celui des HUG. En revanche, il n'y a pas le taux d'absentéisme qui est d'environ 10%, ce qui est très élevé. Pour avoir discuté avec des infirmières, il y a beaucoup de tensions, un manque de personnel, le covid n'étant qu'un

catalyseur. La situation de manque de personnel est pérenne alors même que la population vieillit et que les besoins augmentent.

Une députée (Ve) trouve qu'ils ont été brefs lors de leur présentation sur l'IMAD. Elle demande s'ils pensent élargir leur champ d'action en lien avec l'IMAD.

M. Moser répond qu'ils sont implantés à l'IMAD. La problématique de l'IMAD est similaire aux problématiques des HUG. Ils ont un problème de sous-effectif et d'absentéisme qui est énorme. Ils sont impactés par le non-respect de la mise en application de l'initiative 125. Il y a aussi une problématique de pléthore de couches intermédiaires de hiérarchie qui ne facilitent pas certaines choses sur le terrain. Les horaires sont souvent donnés au dernier moment et les gens ne sont pas pris en compte dans la mise en place de ces horaires. Ce sont des points communs avec ce qui se passe aux HUG, pour lesquels ils font le nécessaire.

Discussion et vote

Une députée (EAG) serait intéressée qu'on discute sur ce qu'on attend des rapports de gestion. Elle aimerait avoir un reflet de la réalité et des contraintes. Elle refusera le rapport de l'IMAD pour ces mêmes motifs. Elle trouve que les rapports de l'IMAD sont plus proches des difficultés auxquels ils sont confrontés. Le problème est de passer à la phase de réalisation entre le constat et les mesures mises en place.

Un député (PDC) indique qu'il va s'abstenir en raison du fait qu'on n'a pas eu de réponses aux questions qu'on pose chaque année. Il y a un dysfonctionnement grave en 2020 avec l'augmentation du salaire de la directrice de 90 000 francs et le fait que le conseil d'administration ne donne pas une garantie de son fonctionnement.

Un député (S) déclare que le PS sera sur la même ligne critique que dans le cadre du rapport de gestion des HUG. Il rappelle que plus de 18 000 personnes ont été suivies par l'IMAD, cela représente une augmentation de 5,5%. Il a fallu s'adapter en pleine période de covid. Les questions sur le taux d'abstention et la gestion demeurent mais c'est lié en partie à des métiers dont la pénibilité est massive. Le PS soutient le travail qui a été fait en maintenant un regard critique sur la gestion des RH qui sont des problématiques qui vont au-delà du rapport de gestion 2020. L'augmentation du salaire de la directrice de 90 000 a choqué le PS. Il rappelle que M^{me} Da Roxa a été engagée en 2010 et qu'elle avait une rémunération inférieure aux directeurs généraux des TPG et des SIG ; c'est

une question de fond qui porte sur ces différentiels et comment ils ont été gérés par le conseil d'administration.

Un député (MCG) estime que la crise du covid a été bien menée. Chacun sait qu'il y a un problème au niveau de l'engagement local et de la formation avec un grand nombre de permis G frontaliers au sein de l'institution mais une volonté nette de vouloir faire de la formation notamment au travers des ASSC. Le MCG votera donc le rapport de gestion de l'IMAD.

Un député (UDC) indique que le fait de voter ou de ne pas voter le rapport de gestion de l'IMAD ne correspond pas forcément à la reconnaissance du travail fait par la base. La difficulté est la différence entre le côté lisse de ces rapports et ce que vivent les infirmières de la base au quotidien. Pour les mêmes raisons qui font que l'UDC s'est opposé au rapport de gestion des HUG, l'UDC s'opposera au rapport de gestion de l'IMAD parce qu'ils estiment que les mêmes problèmes apparaissent dans ce rapport de gestion. On aimerait que ces rapports soient un peu moins lisses. Si le rapport avait été un peu moins autosatisfait, il le voterait probablement parce qu'il aurait le mérite de refléter la réalité du terrain.

Une députée (Ve) déclare que son parti s'abstiendra.

Vote

La présidente met aux voix le PL 12959 :

Oui : 6 (2 MCG, 3 PLR, 1 S)

Non : 2 (1 UDG, 1 EAG)

Abstentions : 6 (2 PDC, 2 Ve, 2 S)

Le PL 12959 est accepté.

Projet de loi (12959-A)

approuvant le rapport annuel d'activité de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour l'année 2020

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 34 de la loi sur l'organisation des institutions de droit public du 22 septembre 2017 ;
vu l'article 20 du règlement sur l'établissement des états financiers, du 10 décembre 2014 ;
vu le rapport d'activité de l'Institution genevoise de maintien à domicile pour l'année 2020 ;
vu la décision du conseil d'administration de l'Institution genevoise de maintien à domicile du 4 mars 2021,
décrète ce qui suit :

Article unique Rapport d'activité

Le rapport d'activité de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour l'année 2020 est approuvé.

Date de dépôt : 6 août 2021

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les député.e.s,

Il est revenu le temps... de l'approbation des rapports de gestion

Comme chaque année, nous sommes soumis à la nécessité de nous prononcer sur les rapports de gestion de toute une série d'établissements publics autonomes. Comme chaque année se pose à cette occasion la question de l'utilité de cette démarche que d'aucun.e.s voudraient voir réduite à une simple formalité.

Pour celles-là et ceux-là, cette étape – pourtant bel et bien prévue par la loi sur l'organisation des institutions de droit public (LOIDP) – ne nécessiterait pas plus que l'audition des président.e.s des conseils d'administration ou des conseils de fondation et de leurs directions générales. Il.elle.s pourraient de fait se satisfaire d'un simple commentaire, d'une aimable discussion, sur le rapport en question avant de procéder à son approbation formelle.

D'autres en revanche estiment que ce moment offre l'opportunité d'examiner l'activité d'une institution au-delà de son compte rendu financier et de mettre en lien les aspects quantitatifs et qualitatifs de sa gestion. Celles-là et ceux-là considèrent que derrière un équilibre financier peuvent se celer de nombreux problèmes et que le premier n'est pas incompatible avec les seconds, il peut même souvent en être à l'origine. Les mêmes craignent surtout que l'approbation inconditionnelle de l'un permette de faire l'impasse sur les autres.

D'où l'intérêt à leurs yeux de s'intéresser aux aspects qualitatifs de la gestion des institutions et de donner la parole aux acteurs de terrains : autant aux professionnel.le.s, aux partenaires, qu'aux usager.ère.s. pour entendre, comprendre, leurs expériences, leurs constats et prendre conscience de ce qu'il faudrait changer pour améliorer le fonctionnement de ces établissements.

L'occasion à saisir d'un examen de conscience

Enfin, par essence ce moment particulier de l'approbation des rapports de gestion constitue une sorte de minute de vérité. Celle où les député.e.s que nous sommes peuvent mesurer et prendre conscience des incidences des décisions politiques et budgétaires qu'ils prennent.

Ce n'est pas la première fois que la rapporteuse de minorité exprime son malaise à l'égard de cette fonction de « juge et de partie » qui est celle des parlementaires en matière d'approbation des rapports de gestion. Aussi, face à l'ambiguïté que présente cette démarche une seule voie s'impose, celle de la distance critique et de l'objectivité.

C'est à cela que vous convie la rapporteuse de minorité, vous rappelant que le refus d'un rapport de gestion n'est pas, comme voudraient l'invoquer d'aucuns, une mise en cause du travail accompli par une institution et son personnel. Il ne peut se résumer à une simple sanction. Il est un signal donné, autant à l'institution qu'à ceux qui lui allouent ses ressources, des problèmes que peuvent poser un certain nombre d'insuffisances – de quelque ordre qu'elles soient – dans le déploiement de la mission de ces organisations, dans leurs confrontations à leurs réalités de terrain.

Attention, une institution peut en cacher une autre

C'est de fait ce qui est arrivé à l'examen du rapport de gestion de l'IMAD qui s'est effectué simultanément à celui des HUG. Les problématiques importantes rencontrées par les derniers ont quelque peu occulté les difficultés auxquelles était confronté l'IMAD. Celles-ci restent toutefois suffisamment alarmantes pour limiter l'acceptation du rapport de gestion de l'IMAD à une approbation du bout des lèvres (6 voix pour, 2 contre, 6 abstentions).

Si, pour nombre d'aspects, les représentant.e.s syndicaux.ales auditionné.e.s ont particulièrement mis en exergue les problématiques rencontrées aux HUG, il.elle.s ont souvent évoqué de grandes similitudes avec la situation à l'IMAD.

Cependant, autant pour les HUG que pour l'IMAD avec des issues différentes, mais toutes aussi révélatrices d'un profond malaise, c'est surtout la discrépance entre l'aspect « lissé » de leurs rapports de gestion et la réalité décrite par les représentant.e.s du personnel, ou ce que l'on entend dans l'espace public de la part des usager.ère.s qui ont profondément dérangé les commissaires. Principalement en ce qui concerne le rapport de gestion des HUG qui s'est vu de ce fait sévèrement refusé (2 voix pour, 4 contre et 8 abstentions).

Ceci dit, il faut porter au crédit de la direction de l'IMAD que comme les années précédentes, lors de son audition, cette dernière a pointé une grande partie des difficultés rencontrées par le personnel, en revanche elle n'en a pas abordée d'autres, et surtout pas ce qu'il faudrait changer dans le fonctionnement de l'institution pour améliorer les conditions de travail du personnel afin que cesse cette souffrance au travail exprimée par ce dernier.

Une institution qui affronte la tourmente, un personnel qui rame

Il est indéniable que l'IMAD, l'un des six principaux établissements publics autonomes, représente parfaitement la notion de service public. Elle est, et demeure, l'un des piliers fondamentaux de la politique de santé de notre canton. Elle est le fer de lance d'une politique de maintien à domicile voulue par le politique, plébiscitée par les électeurs. L'IMAD accomplit un travail, indispensable, incommensurable. Ceci en dépit des charges supplémentaires dont elle n'a cessé d'être chargée au cours des deux dernières décennies.

La crise covid l'a mise, comme tant d'autres institutions de la place, durement à l'épreuve. Elle a dû faire face à une augmentation des besoins, compenser les déficits induits par le retrait obligé de proches aidants ou à l'aggravation des pathologies ou des fragilités des usagers.ère.s.

Face à cela, elle a su faire preuve, elle aussi, de réactivité, de créativité. Elle a fourni d'importants efforts supplémentaires, et cela il faut bien le rappeler sur une situation de déficit de postes qui étaient antérieure à la crise covid. Il lui a fallu établir de nouvelles collaborations, consacrer plus de temps à une indispensable coordination avec d'autres acteurs. Elle a dû aussi faire face à l'accroissement de sa charge résultant du soutien supplémentaire nécessité par ces situations de « stand-by » des personnes demeurées en attentes de ces interventions chirurgicales qui ont été suspendues ou à l'ajournement des entrées en établissements médico-sociaux (EMS) dues aux craintes générées par la pandémie.

Mais lorsque l'on dit ceci et que l'on en rend grâce à l'institution, l'on ne peut occulter le fait que tout ceci n'a été possible, réalisable, qu'avec le concours du personnel, qu'au prix d'une grande flexibilité de ce dernier, qu'à la mesure de sa peine, la directrice générale, M^{me} Da Roxa, affirmant elle-même qu'une surcharge physique et émotionnelle était à déplorer et que l'institution a dû mettre en place des systèmes de soutien pour le personnel (infolettre, ligne d'écoute, mobilisation de leur service de santé au travail).

Pour l'avenir, certaines des pistes envisagées pour faire face à l'accroissement des tâches découlant autant de la crise sanitaire que de

l'augmentation de la charge générée par le vieillissement de la population et le développement des soins à domicile consiste à revoir l'organisation du travail, notamment à redéfinir les frontières des cahiers des charges des métiers présents sur le terrain. Ainsi est-il question de mettre en place des pratiques avancées au niveau des infirmières ou de profiter de la modification de la loi sur la santé en matière de possibilités de délégation aux auxiliaires de vie.

Il faut savoir cependant que souvent ce genre d'aménagements ne manquent pas de susciter d'importantes réserves selon le degré de pertinence et le périmètre de ces délégations. Reste donc à vérifier que ces orientations ne se révèlent pas plus problématiques que facilitatrices.

D'ailleurs, à cet égard, une fois encore la question des effectifs se pose avec acuité. Ainsi en témoignent les représentant.e.s du personnel : *« L'IMAD est le principal formateur du canton mais ça ne suffit pas, il y a quand même un déficit d'assistant.e.s en soin et santé communautaire (ASSC). Pour la formation, il faut donner les moyens à cette institution. Le personnel chargé de faire la formation n'a pas forcément le temps disponible pour la faire vu la surcharge de travail »*. Ainsi, concrètement les délégations envisagées ne peuvent donc se mettre en place faute d'ASSC. *« Un autre problème ce sont les absences qui génèrent une surcharge de travail pour les collègues de l'équipe qui s'épuisent. Les absences ne sont pas forcément remplacées et c'est un des grands facteurs de stress. Lorsqu'une personne est absente, les clients prévus doivent être dispatchés dans d'autres tournées et les personnes vont modifier des paramètres manuellement dans l'outil informatique de programmation des tournées pour faire rentrer tous les clients. Ils vont donc des fois modifier les temps de déplacement qui ne sont plus corrects ; ils vont enlever du temps de préparation le matin et ce sont des rythmes impossibles à tenir et ça épuise le personnel. Depuis qu'il y a ce nouveau système, ils ont constaté qu'il y a plus de clients par tournée et le temps de déplacement prévu est insuffisant. »*

A cela s'est ajouté une augmentation du travail administratif généré par la gestion de la crise, les collaborateurs et les collaboratrices ont été confronté.e.s à la nécessité de remplir des formulaires spéciaux covid, alors que le temps nécessaire n'a pas été prévu dans le planning. Ce qui induit un travail non reconnu.

Comme évoqué précédemment, le déficit de personnel est antérieur à la crise covid. Il s'agit d'un problème récurrent, mis en lumière par le personnel depuis des années. Il a été malheureusement démultiplié par la crise sanitaire. Comme l'avait indiqué la direction générale lors des auditions pour l'approbation des rapports de gestion des années précédentes, l'IMAD avait

une dotation qu'elle ne parvenait pas à concrétiser par des engagements. Ce qui explique partiellement le déficit de personnel. Mais ensuite on se retrouve dans la même dynamique que le reste de la fonction publique et du secteur subventionné, qui consiste à les maintenir constamment en dessous du niveau des effectifs nécessaires. Si les effectifs supplémentaires octroyés pour faire face à la pandémie ont permis de soulager les équipes, ils n'ont pu à l'évidence combler le déficit de la dotation de base.

Les représentant.e.s du personnel ont encore relevé une série de problèmes particulièrement alarmants. Il s'agit de ceux relatifs à la gestion du personnel, du « management ». De leurs témoignages, il apparaît qu'il y a à l'IMAD : *« des problèmes au niveau du management, des pressions de la part de la hiérarchie. Certaines personnes sont obligées d'accepter des changements de planning en dernière minute et, si elles ne le font pas, il y a des représailles. Il y a peu d'écoute et d'empathie de la part des responsables d'équipe. Il y a un nouveau modèle de pôle de gestion avec la nouvelle figure d'infirmière coordinatrice. On constate que, dans les équipes pilotes où cela est mis en place, les autres collègues ne sont pas au clair sur le rôle de ces infirmières coordinatrices. »*

Les auditionné.e.s craignent qu'il s'agisse d'une nouvelle couche hiérarchique supplémentaire, génératrice de plus de contrôle et de pression. Il.elle.s constatent que l'IMAD a besoin de moyens, de personnel en suffisance et que l'on ne peut continuer à demander aux employés d'en faire toujours plus. Ces derniers, déclarent-il.elle.s, souffrent de la surcharge de travail, beaucoup sont épuisé.e.s et/ou en burnout.

Il.elle.s demandent que la direction de l'institution prenne conscience que certains responsables hiérarchiques se comportent de manière autoritaire et ne sont pas à l'écoute. Il.elle.s mentionnent pour exemple le fait que parfois lorsque un.e collaborateur.trice signale un problème, la faute finit par lui en être imputée. Ce qui décourage toute velléité de signalement de difficultés. Ce qui réduit au silence !

Ce mode de gestion du personnel, ces relations hiérarchiques toxiques sont préjudiciables non seulement aux intérêts du personnel, mais également à ceux mêmes de l'institution, en cela qu'ils affectent la qualité des prestations en restant sourd à la voix des professionnel.le.s et en contribuant par une nette dégradation du climat de travail à une augmentation de l'absentéisme et la rotation du personnel.

Les auditionné.e.s constatent par ailleurs la mise en place d'un nombre important de projets pilotes dont le personnel ne voit pas les résultats ou leurs éventuelles plus-values. Difficile en l'occurrence pour le personnel d'adhérer

à ces projets souvent élaborés sans concertation ; qui donnent l'impression qu'ils engloutissent beaucoup de ressources au détriment des postes de terrain.

Le partenariat social, un passage obligé... sans obligation d'ouverture

Difficile de se départir que l'impression que le partenariat social est souvent là parce que l'on ne peut l'éviter lorsque l'on constate son peu d'opérationnalité. Les organisations du personnel font remonter depuis des années des difficultés objectives dont témoignent autant les collaborateurs que les usager.e.s et les partenaires. Pourtant perdurent les problèmes récurrents des manques d'effectifs, de l'inadéquation des moyens, de la problématique de la prise en considération dans l'horaire de travail du temps d'habillage ou des temps effectifs de déplacements, du remplacement des absences, etc. Autant de problématiques qui reviennent constamment à l'ordre du jour sans qu'une solution ne leur soit apportée.

Passer les épaules par rapport à la crise, mais à quel prix ?

Très clairement au prix de l'épuisement d'une grande partie du personnel, mais aussi d'un certain nombre de renoncements dans les domaines des prestations. Ainsi pendant la crise, certaines prestations ont été réduites : *« Quand les gens courent et que les tournées sont surchargées, certaines prestations sont limitées. Par exemple, au lieu de faire une toilette complète, ça va être une toilette au lavabo. »* Là encore l'évidence des incidences de la surcharge sur une mise en question des prestations tant en termes de quantité que de qualité s'est imposée. Pendant la pandémie, nous a-t-on signalé, *« certaines prestations jugées non prioritaires ont été supprimées »*.

Alors oui, l'IMAD a traversé la crise, mais non sans dommages. Son personnel déjà en souffrance depuis des années s'est vu confronté en première ligne sur le front de la pandémie à des difficultés supplémentaires dans un contexte particulièrement inquiétant.

Alors il serait temps, Mesdames et Messieurs les député.e.s, de rendre justice à ces travailleur.euse.s qui se sont donné.e.s sans compter au développement de leur mission dans l'intérêt public. C'est pourquoi la minorité vous invite à refuser ce rapport de gestion de l'année 2020. Non pas que ce refus soit une réponse aux problèmes évoqués dans ce rapport de minorité, mais parce qu'il constituerait à tout le moins un signal que ces problématiques ont été entendues. Par la suite, il vous appartiendra de mettre en cohérence votre écoute du terrain et votre manière de construire les budgets des Services publics.