



Date de dépôt : 4 juillet 2024

Rapport

**de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du
Conseil d'Etat approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux
universitaires de Genève pour l'année 2023**

Rapport de Pierre Conne (page 3)

Projet de loi (13469-A)

approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2023

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,
vu les articles 58, lettre i, et 60, lettre e, 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 de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2023;
vu la décision du conseil d'administration des Hôpitaux universitaires de Genève du 25 mars 2024,
décrète ce qui suit :

Article unique Rapport de gestion

Le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2023 est approuvé.

Rapport de Pierre Conne

Le projet de loi a été traité par la commission de la santé lors de sa séance unique du 24 mai 2024, sous la présidence de M. Jean-Marc Guinchard.

La commission a été assistée par M^{me} Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC), et M. Lucas Duquesnoy a tenu, avec exactitude, le procès-verbal.

La commission a auditionné M. Alain Kolly, directeur général ad interim, et le Prof. Arnaud Perrier, directeur médical, HUG.

Nous remercions ces personnes de leur contribution au bon déroulement des travaux de la commission.

Audition de la direction générale des HUG représentée par M. Alain Kolly, directeur général a.i/HUG, et le Prof. Arnaud Perrier, directeur médical/HUG

M. Kolly rappelle que les auditionnés sont là ce soir pour présenter le rapport de gestion des HUG pour l'année 2023 et propose de passer rapidement en revue les quelques faits marquants de l'année avant de passer à quelques problématiques médico-politiques ainsi qu'aux questions brûlantes de 2023 qui subsistent en 2024.

Au niveau des faits marquants, l'année 2023 a été marquée par toute une série de réalisations, mais surtout par la transition pour revenir vers une forme de normalité. Cela se traduit aussi par un retour des grands projets qui avaient été quelque peu retardés ou chamboulés par ces trois années de covid qui ont fortement impacté les HUG, avec une grande partie de l'énergie mise sur la réorganisation de l'hôpital et un retour à la normale, avec le grand enjeu de retrouver in fine un équilibre financier. M. Kolly en profite pour remercier les députés qui ont voté les crédits complémentaires pendant trois années de suite afin de permettre d'arriver à un petit déficit de 23 millions de francs à fin 2023 et de viser des comptes à l'équilibre à fin 2024. 2023 a donc été en grande partie marquée par les efforts pour revenir à la normale et retrouver un équilibre financier. Certains projets ont abouti durant l'année à l'instar de l'ouverture de la Maison de l'enfance et de l'adolescence, l'ouverture des nouvelles urgences adultes, à laquelle les députés ont été conviés, ou encore l'ouverture du centre pour les maladies rares et complexes de l'enfant, le centre CORAIL. Il faut également indiquer que l'OMS a reconnu cette année le Centre des maladies virales émergentes, ce qui est l'aboutissement d'efforts fournis pendant de nombreuses années. L'année a aussi été marquée par des

enjeux comme le recensement des médicaments manquants ou encore la modernisation des consultations ambulatoires, avec aussi des projets en cours sur ce dernier point. Le parlement a approuvé le nouveau contrat de prestations 2024-2027, un contrat qui permet de voir l'avenir financier de l'hôpital avec plus de sérénité suite à ces trois années de déficit et suite à des besoins qui ont augmenté, notamment pour le service de médecine interne générale, ce qui nécessitait d'ajuster les montants. Ce nouveau contrat de prestations permet de disposer d'une feuille de route relativement claire pour les quatre années à venir.

M. Perrier poursuit sur un des enjeux que les HUG souhaitaient mettre en avant ce soir, celui des soins de maintien qui concerne des patients en fin de traitement, qui n'ont plus besoin de soins actifs, mais qui ne peuvent pas rentrer à domicile et pour qui il n'y a pas de places en EMS. Ces personnes se retrouvent donc en attente en moyenne entre 4 et 5 mois dans un secteur dédié des HUG, qui existe depuis plus de 20 ans et qui s'appelle maintenant le secteur des lits de soins de maintien. L'hôpital estime qu'il peut prendre en charge environ 130 de ces lits sans dommage pour d'autres activités. Or, le taux de remplissage avant le covid a pu dépasser ce seuil, puisque l'on a dépassé à un moment les 200 lits remplis, ce qui venait péjorer d'autres activités. Avec le covid et le drame que cela a été pour les EMS avec un grand nombre de décès, de la place s'est libérée dans les institutions et il a été possible de placer plus de patients en attente aux HUG. Malheureusement, les faits étant têtus et l'offre de lits en EMS n'ayant pas augmenté, la tendance à l'augmentation a repris, malgré un petit répit. Il a cependant fallu rouvrir des lits tampons pour augmenter la capacité de ce secteur et le différentiel entre le nombre de patients réels et la capacité d'accueil est d'un delta d'environ 50 ou 60 patients qui occupent des lits qui ne sont pas disponibles pour les autres patients. Il s'agit d'un vrai problème et la majorité de ces patients se trouvent dans des lits de réadaptation. Or, pour tous les patients qui ne rentrent pas à domicile, il est nécessaire d'avoir accès à ces lits de réadaptation après un séjour en soins aigus. Le flux pour ces patients dépend de la disponibilité de ces lits, flux qui est donc perturbé par des patients qui ne devraient pas se trouver là. Tout ceci a un impact sur la durée moyenne des séjours et fait monter le taux d'occupation, ce qui ne fait aucun bien aux finances de l'hôpital puisque, pour être rémunéré dans le secteur des RG, il faut avoir un tournus suffisant de patients. Ce problème est donc majeur et ne peut être résolu que par l'augmentation du nombre de places disponibles en EMS ou par d'autres aménagements du système de maintien à domicile, par exemple par l'augmentation de lits en UATR, qui sont des lits qui devraient être médicalisés pour ce type de patients, ce qui n'est pas le cas actuellement.

M. Kolly précise qu'une coordination cantonale a été mise en place pour justement essayer de fluidifier au maximum et sortir ces patients des HUG. Il y a aujourd'hui un outil à disposition qui permet de recenser toutes les places disponibles en EMS, dont on sait que le taux d'occupation varie entre 98% et 99%. Cela veut dire que ce que l'on a entendu sur le manque d'anticipation et le retard pris dans la constitution des dossiers a été résolu sans pouvoir trouver plus de places pour ces gens. C'est véritablement le nombre de places en aval qui fait défaut et qui a permis de passer un cap de plus de 200 personnes dans des lits de soins de maintien en 2023 à un certain moment.

M. Perrier poursuit sur un autre sujet, moins souvent abordé, à savoir l'activité proprement universitaire qu'est la médecine hautement spécialisée (MHS). Il s'agit d'activités médicales qui nécessitent des équipes surentraînées et de grosses infrastructures et qui concernent des interventions ou des prises en charge pour des patients en petit nombre. En Suisse, pour qu'un domaine puisse être rattaché à la MHS, le nombre de patients concernés est un facteur essentiel. Ainsi, le domaine des cystectomies radicales et simples, soit l'ablation de la vessie en raison d'un cancer, concerne une soixantaine de patients par année, ce qui permet de le rendre éligible pour la MHS. En revanche, la chirurgie cardiaque, et ce malgré la baisse de voilure engendrée par les innovations dans les traitements, n'est pas éligible, puisque le nombre de patients concernés par an reste trop important. Il est très important pour les HUG de préserver ces mandats, qui sont régulés et attribués par un organe politique qui s'occupe de la MHS représentant les cantons universitaires ainsi qu'une partie des cantons non universitaires. Certains mandats ont été renouvelés en 2023. Ainsi, au niveau des chirurgies viscérales complexes hautement spécialisées, les HUG gardent leur mandat sur la chirurgie bariatrique complexe ainsi que sur les résections rectales profondes chez l'adulte. Sur la neurologie, la neurochirurgie et la neuroradiologie complexe, les HUG conservent leurs mandats, en tandem avec le CHUV, sur les diagnostics préopératoires de l'épilepsie (phase II), le traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire ou encore le traitement des pathologies du système nerveux central. Genève est aussi en train de devenir un centre d'excellence sur la chirurgie cardiaque congénitale et la chirurgie cardiaque pédiatrique, ce qui est confirmé par le renouvellement des mandats spécifiques. On constate une grosse augmentation des chiffres dans ce domaine. On a longtemps dit que Genève dépendait du contingent de patients humanitaires pour maintenir cette activité, mais les patients en Suisse suffisent aujourd'hui pour garder ces mandats.

Enfin, les HUG se sont aussi profilés sur la question environnementale. La médecine et les hôpitaux contribuent au bilan carbone de façon assez délétère

et on considère que l'activité hospitalière représente environ 7% du coût du bilan carbone de la Suisse. Il était donc temps de faire quelque chose, et sans détailler tout le projet, les HUG ont initié un projet sur la transition écologique dans les soins. Le projet est maintenant quasiment au stade de l'implémentation. Ce projet a d'original qu'il s'occupe vraiment des soins et pas seulement des grands secteurs de dépenses énergétiques. L'hôpital va s'occuper de la question énergétique au fur et à mesure des budgets, mais aussi de tout ce que l'on jette dans les unités, des médicaments gaspillés ou encore du matériel récupérable que l'on pourrait réutiliser. Chaque unité de soin va pouvoir décider de faire telle ou telle chose. Par exemple, sur les bronchodilatateurs, cette petite canette que l'on inhale pour les personnes qui ont une bronchite chronique ou de l'asthme, d'autres dispositifs moins nocifs pour l'environnement existent, par exemple avec des poudres. Les unités de soin peuvent ainsi décider de ne plus utiliser ce dispositif, ce qui reste relativement simple à faire tout en ayant un impact intéressant. Il y a actuellement plus de 50 ou 60 fichiers différents, ce qui représente autant d'interventions possibles dans les unités de soin. Il faudra évidemment tirer le bilan de ces mesures, mais on peut imaginer qu'elles auront un effet positif tant sur les collaborateurs que sur les patients.

M. Kolly rappelle que, comme il l'a dit précédemment, l'objectif de 2023 était vraiment de sortir enfin de la crise. Il s'agit maintenant de regarder les enjeux pour 2024 et de voir comment on se projette, même si l'année est bien entamée. Il faut vraiment avoir un plan d'accompagnement pour la reprise de l'activité, y compris avec une stratégie RH pour accompagner et réduire l'absence, accompagner la formation ou encore retenir les talents dans un contexte de pénurie de soignants. Le conseil d'administration a assez largement été renouvelé, ce qui nécessite de mettre en place une nouvelle gouvernance. Enfin, il faut consolider le plan d'investissements à venir. Ce plan est aujourd'hui à 10 ans et représente 1,3 milliard de francs. Il comporte des projets gigantesques comme le nouvel hôpital des enfants, le nouvel hôpital de psychiatrie, la réflexion sur la gériatrie autour de l'hôpital des Trois-Chêne, la préparation au virage ambulatoire ou encore le centre de chirurgie ambulatoire. Ces projets donnent des perspectives d'avenir enthousiasmantes et représentent évidemment un corpus de projets intégrés dans un nouveau plan stratégique élaboré avec les cadres de l'institution et le nouveau conseil d'administration pour avoir une feuille de route qui va de 2025 à la suite. Maintenant que les HUG abordent cette sortie de crise, il est possible de se réappropriier ces gros projets qui avaient été ralentis pendant ces trois dernières années.

Questions des commissaires

Un commissaire (PLR) remercie les auditionnés pour tout le travail fourni. Sur la question des MHS, il imagine que les mandats mentionnés sont uniquement ceux qui ont été renouvelés, mais pas l'ensemble de ceux attribués aux HUG.

M. Perrier confirme.

Un commissaire (PLR) observe que, sur le dossier des lits de maintien, qui est crucial, il manque environ 200 lits. Le député n'est pas certain que les unités de répit soient une réponse et penche plutôt vers le développement des soins à domicile ainsi que des IEPA. Si les auditionnés avaient une baguette magique, il se demande quelle solution ils privilégieraient pour prendre cette question à bras le corps.

M. Perrier rappelle que le canton de Genève a beaucoup investi du côté des soins à domicile et qu'on arrive maintenant à la limite de ce que l'on peut faire. Il y a un dispositif de grande qualité qui permet de maintenir chez elles des personnes fragiles et dépendantes avec des troubles cognitifs et fonctionnels jusqu'à relativement tard. Cela n'est pas sans conséquence, puisque cela veut aussi dire que Genève est le canton en Suisse avec la durée moyenne de séjour en EMS qui est la plus faible. Les personnes arrivent en EMS dans des situations déjà très avancées. M. Perrier n'est donc pas sûr que l'on puisse encore faire beaucoup sur la question du maintien à domicile. On pourrait gagner un peu avec les IEPA, mais cela reste relatif. Les EMS font véritablement un travail remarquable auprès d'une population très atteinte et pas toujours facile. Il va de soi que l'on voudrait leur proposer autre chose. Il faut aussi vraiment insister sur le fait qu'il ne s'agit pas de mouvoirs, mais d'endroits où l'on veut maintenir les gens en vie dans de bonnes conditions, ce qui les rend indispensables. Le professeur a récemment appris que 70% des gens rentrent en EMS à Genève depuis les HUG. Cela veut dire que l'on attend vraiment la catastrophe et le point de non-retour pour envisager l'institutionnalisation. On peine à anticiper ces situations et on commence à y penser quand les gens arrivent aux HUG. Cela participe aussi à entretenir une image négative de l'EMS comme un terminus, ce qui n'est pas très digne pour le travail qu'ils fournissent au quotidien et cela n'arrange rien en termes de planification sanitaire. Il faudrait changer un peu la réflexion, sans retourner à la situation d'il y a 20 ou 30 ans où, pour certains patients, l'EMS était un peu une commodité. Il est normal qu'un dispositif aussi lourd en termes de ressources soit réservé à des personnes qui en ont besoin, mais il n'est pas normal qu'il soit considéré comme un échec du maintien à domicile.

Un commissaire (PLR) poursuit sur la question de la délégation des soins, telle qu'issue de la modification de la loi sur la santé, et qui permet de confier à du personnel non soignant, moyennant des formations spécifiques, un certain nombre d'actes. Le député a appris que les HUG s'étaient engagés dans une politique de formation pour permettre ce type de délégation. S'il peut comprendre que des établissements n'ayant pas de personnel soignant à l'instar des EPH s'engagent dans cette démarche, en permettant par exemple à des socioéducateurs de distribuer les médicaments, il est plus étonné de retrouver cette volonté dans un hôpital universitaire où toutes les professions médicales sont représentées.

M. Perrier répond que les HUG s'inscrivent dans cette démarche en anticipation de la pénurie de certains personnels, à commencer par les médecins. La délégation que font les HUG est surtout une délégation médico-soignante. Par exemple, dans le domaine de la transplantation, on trouve peu de personnel, notamment pour le suivi des patients après transplantation. L'hôpital a ainsi, par délégation, formé les infirmières qui faisaient déjà des consultations de suivi pour les patients transplantés. On parle ici de consultations régulières pour les patients qui vont bien. Force est de constater que les infirmières avaient toutes les compétences nécessaires et que l'on pouvait leur confier des tâches plus complexes, comme le réglage du dosage des médicaments immunosuppresseurs, soit les médicaments antirejet qui permettent de supporter les organes. Ces infirmières sont parfaitement capables de le faire et le font avec des protocoles précis qui leur disent jusqu'où elles peuvent aller. Dès que l'on se trouve en dehors d'une fourchette donnée ou dès qu'il y a une intolérance, le médecin est évidemment là. Ce dispositif fonctionne très bien et permet d'être prêt à avoir moins de médecins dans un certain nombre de domaines. Un autre exemple est celui du besoin de plus en plus important d'avoir accès aux veines du patient par des cathéters centraux pour des traitements prolongés. Un nouveau dispositif repose sur des cathéters implantés depuis le pli du coude et qui vont dans une grosse veine du thorax. Cela nécessite un certain soin dans la manière de le poser et se fait sous échographie. Les HUG ont réalisé que les techniciens en radiologie médicale étaient parfaitement capables pour un certain nombre d'entre eux de réaliser ce geste, parfois mieux que des internes en radiologie, qui ont par ailleurs d'autres tâches. Ainsi, cette petite cohorte de techniciens permet de décharger les médecins et de poser plus de cathéters. Aller dans cette dynamique de délégation permet aussi d'augmenter l'attractivité de ces métiers et de les monter en compétence, tout en étant sûr de cibler le bon niveau de compétence et de toujours avoir le niveau supérieur de supervision et de formation à

disposition. Cela permet de décharger de certaines tâches d'autres métiers dont on sait que l'on va manquer dans les années qui viennent.

Un commissaire (PLR) souhaite enfin revenir sur les mesures mises en place pour lutter contre l'absence et il aimerait avoir quelques exemples concrets. Il a entendu parler de la mise en place de binômes permettant par exemple d'accompagner une infirmière enceinte qui continuerait à travailler pendant sa grossesse et qui serait secondée pour certaines tâches.

M. Kolly confirme qu'il s'agit de quelque chose qui est en train de se déployer. Les HUG investissent sur la formation des cadres de proximité par rapport au management des équipes. Beaucoup de personnes qui ont de l'ancienneté connaissent très bien leur métier, mais n'ont parfois pas les outils pour avoir un management efficace de manière structurée, bienveillante et efficace, en entente avec les besoins des collaborateurs. Il y avait un déficit sur ce point et l'hôpital a lancé toute une série d'initiatives et de formations pour ces cadres de proximité. On parle vraiment de partir des chefs d'équipe, pas seulement dans le domaine médico-soignant, mais aussi dans tous les autres métiers, y compris le nettoyage ou l'exploitation. Cette politique est en train de porter ses premiers fruits et on constate une meilleure réponse sur ces besoins des collaborateurs sur le terrain. Une autre dynamique mise en place est celle de l'adaptation à la réglementation de la loi sur le travail. Il restait un certain nombre de points qui n'étaient pas conformes et qui posaient une série de conséquences sur la santé du personnel, par exemple sur le travail de nuit. Ce dernier reposait finalement sur le bon vouloir de certaines équipes et de certains collaborateurs, sans un vrai cadrage strict et clair. Or, même si les collaborateurs sont volontaires, il faut pouvoir cadrer ces conditions de travail. Il y a un plan d'action qui devrait se terminer fin 2024 et permettre d'être plus ou moins à niveau avec la loi sur le travail. Un autre projet prévu en 2024 concerne tout le travail mené sur l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle. On arrive à un moment où les nouvelles générations ont un impact sur les plus anciennes générations et cette question de l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle est maintenant dans l'air du temps. Cet enjeu est devenu beaucoup plus important pour tout le monde et il devient beaucoup moins normal de demander à des médecins de travailler 60 heures par semaine ou à des infirmières d'être disponibles pour des remplacements sept jours sur sept. Si travailler dans un hôpital continue de demander d'avoir cette forte volonté, il faut mieux cadrer le travail et offrir aux collaborateurs des conditions avec un meilleur équilibre. L'hôpital y travaille avec un outil de gestion des horaires qui vise à s'assurer que les conditions en termes d'horaires soient convenables et conviennent aux professionnels. C'est là où on aura de vrais effets. Il faut aussi un peu mieux baliser le retour en emploi avec un

entretien de retour en emploi ou encore plus de suivi pour les personnes en absence de longue durée afin de ne pas les laisser seules sans prendre de nouvelles. Il y a vraiment tout un panel de mesures qui sont mises en place, et si certaines ont déjà commencé en 2023, d'autres vont commencer en 2024 avec les programmes structurés qui sont mis en place.

M. Perrier précise qu'en ce qui concerne l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, il est aussi important de pouvoir donner une forme de prévisibilité par rapport aux horaires et aux plannings pour tous les métiers, notamment pour les médecins et les soignants. Il est important de savoir que l'on pourra avoir un weekend de congé dans trois mois, même si cela n'est pas simple à réaliser, d'autant plus avec un fort taux d'absence. Cela nécessite un gros travail de planification qui doit sans cesse être refait. Il n'en reste pas moins que l'hôpital a pris conscience de ces enjeux et qu'il développe donc des outils électroniques dans ce sens afin de répondre à cette demande régulière et légitime de la part des collaborateurs.

Un commissaire (MCG) a vu dans les faits marquants de 2023 que les HUG avaient obtenu le renouvellement de la certification REKOLE et il aimerait savoir de quoi il s'agit. D'autre part, il revient sur la question des médicaments manquants et demande quelles sont les conclusions du recensement qui a été effectué, notamment sur les stratégies de remplacement lorsque l'on ne dispose pas d'un médicament. Enfin, il aimerait savoir quels sont les domaines les plus touchés par ces manques et quelles modifications l'hôpital envisage pour pallier ces problèmes d'approvisionnement, quand bien même la question dépend aussi des politiques fédérales et des circuits d'approvisionnement internationaux.

M. Kolly répond que la certification est un énorme travail qui vise à faire en sorte que la comptabilité santé des HUG soit adaptée aux normes REKOLE, et ce afin de la rendre comparable avec l'ensemble des autres hôpitaux universitaires. Il s'agit d'un engagement ferme qui permet aussi d'obtenir toute une série de subventions. Il s'agit de quelque chose qui est très complexe au niveau financier puisqu'il faut avoir un lexique avec des catégories très précises grâce auquel on va pouvoir ensuite faire ces comparaisons avec des benchmarks. Disposer de cette certification est utile en cas d'audit afin de pouvoir dire qu'il est possible d'être contrôlé selon les critères communs aux hôpitaux universitaires.

M. Perrier poursuit sur la question des médicaments. Il est vrai que, depuis deux ou trois ans, il y a un même niveau de rupture d'approvisionnement pour certains médicaments. Il s'agit de molécules variables, mais principalement de vieux médicaments qui ne sont plus sous licence et qui sont fabriqués en Chine ou en Inde par un même producteur qui fournit la planète entière. Si ce dernier

décide que cette production n'est plus intéressante, la pénurie touche un périmètre large. Il s'agit rarement de médicaments vitaux et plutôt d'antibiotiques, pour lesquels on a toujours une molécule de remplacement, ou encore de psychotropes, comme la benzodiazépine qu'on retrouve dans le Lexomil ou le Temesta. Même si l'on a là encore des molécules de remplacement, il n'est pas évident pour des patients fragiles de changer de traitement avec des effets secondaires qui peuvent varier et des effets thérapeutiques qui ne sont pas tout à fait les mêmes, par exemple sur le sommeil. Ces pénuries compliquent la vie, mais l'on n'est pas encore à un stade de pénurie de médicaments vitaux sans molécule de remplacement. Avoir recours à une molécule de remplacement nécessite aussi de réorganiser les informations, surtout quand deux ampoules se ressemblent beaucoup tout en contenant des médicaments radicalement différents. Il faudrait donc tout un travail auprès des soignants, même si cela n'est pas insurmontable. Les HUG consacrent 2 ETP à cette question et font ce travail en collaboration avec le CHUV via la centrale d'achat pour Genève et Vaud. Ils ont également mis cette compétence à la disposition des pharmacies de la ville qui savent qu'elles peuvent appeler quand elles sont en manque d'une substance et que l'on peut les informer lorsqu'il y a une pénurie. Ce réseau fonctionne bien et satisfait les pharmaciens.

Une commissaire (S) revient sur la question de l'absence. On voit que la dotation de base est en train de baisser depuis 2022, et cette commissaire aimerait savoir comment continue d'évoluer cette dotation de base depuis la fin 2023. Avec la surutilisation de personnel supplémentaire, cette commissaire demande ce qu'il advient de ce problème intérimaire et si des mesures existent pour le retenir aux HUG et lutter contre les pénuries. D'autre part, la députée a entendu parler de problématiques importantes dans un service particulier, la gynécologie obstétrique, notamment sur les conditions de travail, mais aussi avec un fort absentéisme chez les médecins. Un audit a eu lieu il y a un moment et elle se demande si l'on a pu voir une évolution positive de la situation, notamment au vu de la nouvelle stratégie RH. Enfin, la députée revient sur la question de la formation des médecins et la clause du besoin. Tous les nouveaux médecins qui ont eu leur FMH depuis octobre n'ont plus de droit d'installation et elle se demande si les HUG constatent déjà des changements dans la formation et dans la prévision.

M. Kolly répond que la dotation de base continue d'être stable, voire d'augmenter dans les budgets. En revanche, dans le consommé, il est difficile de renouveler et de trouver en temps et en heure les compétences et les métiers nécessaires. Les HUG utilisent leur dotation complémentaire et les intérimaires pour faire la soudure et permettre aux prestations de continuer à être réalisées.

Le personnel est donc toujours là, parfois un peu en augmentation, mais il y a en effet une sous-consommation de la dotation de base qui a été observée en 2023, aussi en lien avec le fait qu'avec le dispositif covid, l'hôpital a fait attention à ne pas combler tout de suite la dotation de base pour d'abord ventiler ces postes dans les différents départements. Cette situation est en tout cas en train d'être résorbée sur 2024.

Une commissaire (S) demande s'il y a une politique de maintien des intérimaires qui viendraient travailler aux HUG.

M. Kolly répond que la politique de recrutement vise en tout cas à recruter en priorité toutes les personnes formées par la HEDS et l'idée est que toutes les personnes qui finissent l'école soient en principe engagées par les HUG. Avec cet effort d'engagement des jeunes diplômés, il est parfois difficile de stabiliser automatiquement les personnes intérimaires. Elles sont en revanche privilégiées s'il y a des postes qui se libèrent, même si cela veut dire que l'on ne parvient pas à absorber la totalité des intérimaires de manière régulière. D'autre part, un certain nombre d'entre eux n'ont pas le souhait d'être régularisés.

M. Perrier poursuit sur le service de gynécologie obstétrique. L'audit mentionné par la députée est maintenant relativement ancien, même si les préoccupations sur le climat de travail parmi les médecins et les sages-femmes persistent, des préoccupations assez sérieuses pour lancer un audit avec les RH sur cette activité. Cet audit devrait permettre de contrôler le climat de travail, mais aussi des aspects médico-soignants afin de rétablir une situation qui ne menace pas à ce stade la qualité des soins, mais qui fait que le secteur est en tension. Sur la question de la clause du besoin, il faut dire que l'on est dans la période transitoire. Les HUG ont pu obtenir, pour éviter un départ massif de médecins formés, une espèce de statu quo avec la délivrance de droits de pratique pour tous ceux qui étaient en fin de formation avant la mise en place de la clause du besoin en octobre 2023. Il y a eu à ce moment-là l'attribution de beaucoup de droits de pratique à des médecins qui n'avaient pas le droit de s'installer et qui sont toujours aux HUG. Cela veut dire qu'ils peuvent partir n'importe quand à partir d'aujourd'hui. Comme ces médecins étaient encore en formation, cela veut dire qu'ils ne sont pas encore touchés dans leur projet professionnel et cela limite le goulet d'étranglement. Il n'en reste pas moins que cela va venir et que ceux qui n'ont pas encore leur droit de pratique et qui vont arriver en fin de formation, particulièrement dans les formations en spécialité, vont devoir attendre pour avoir leur droit de pratique que la fameuse liste d'attente en arrive au moment où c'est leur tour. Cela pose d'énormes difficultés. Ainsi, il faut se demander si une institution privée peut se voir imposer l'engagement d'un collaborateur qui est le premier sur la liste alors

qu'elle souhaite engager quelqu'un d'autre. La réponse est probablement non. D'autre part, en 2025, on basculera dans le régime de la loi fédérale, qui utilise un calcul très savant pour déterminer pour chaque spécialité le nombre idéal de médecins. Ce calcul est très sensible à de petites fluctuations et peut rapidement ouvrir ou refermer le robinet sans que le raisonnement soit clair et que la méthode soit solidement établie. Il n'y a aucun doute que le problème de la suroffre dans certaines spécialités médicales est réel, mais le professeur n'est pas sûr que la clause du besoin soit la meilleure solution. Il n'en reste pas moins qu'elle a été mise en place et qu'il faudra tenter de la gérer de la meilleure manière possible. Passé cette période un peu floue où il n'y a pas encore le problème des gens qui arrivent en fin de formation, il faudra trouver des solutions.

M. Kolly précise qu'il faut aussi voir le climat d'incertitude qui plane et qui enlève une forme de sérénité. Ces questions reviennent tout le temps et prennent la tête des gens. Cette préoccupation revient dans tous les colloques, et il sera important que les choses soient tranchées et que les HUG puissent adopter une certaine souplesse. Il faut vraiment retenir cet élément et pouvoir l'appliquer à Genève afin de ne pas être trop radical sur cette question.

Un commissaire (UDC) constate que l'année 2023 a été marquée par un record d'interventions chirurgicales et il aimerait savoir quelle a été la répartition de ces interventions entre les HUG et les cliniques privées. Il se demande également si ce record arrive dans le maximum de la capacité ou s'il y a encore une marge de progression.

M. Perrier répond qu'il faut en tout cas relever que les cliniques privées ont aidé les patients genevois, y compris ceux n'ayant pas une assurance complémentaire, afin de continuer à opérer les patients au moment où les HUG étaient sévèrement handicapés par la prise en charge des patients covid qui remplissaient les lits. Une des inquiétudes était quelque part de perdre ces patients et de ne pas les voir revenir, ce qui aurait mis en péril l'activité chirurgicale qui est importante pour la communauté des HUG, y compris au niveau de la formation. La bonne nouvelle est que les patients sont revenus en nombre, d'où ce record constaté en 2023, et ce malgré les difficultés constatées pour trouver certaines catégories de professionnels. L'hôpital a pu retrouver ses capacités opératoires, ce dont il faut se réjouir. En revanche, il subsiste une vraie interrogation sur cette augmentation qui est symptomatique de ce phénomène d'augmentation constante des besoins, y compris dans le secteur chirurgical. Avec une population vieillissante, il y a de plus en plus de hanches à remplacer ou d'autres opérations, et ce sans pouvoir augmenter indéfiniment la capacité. Cette réflexion sur la part de la ville, qui a un grand nombre de chirurgiens et de grosses capacités opératoires, pose une vraie question sur le

service que l'on peut aussi rendre aux Genevois qui n'ont pas de complémentaire, mais aussi aux HUG qui ont une obligation de prendre les patients les plus compliqués. Cette question est évidemment politique et devra être discutée à terme. Finalement, il n'y a pas de justification à ce que les HUG posent toutes les prothèses de hanche de tous les habitants du canton sans assurance complémentaire.

Un commissaire (S) aimerait avoir des informations sur l'augmentation documentée du nombre de patients pour la chirurgie infantile ou néo-natale, par exemple en raison de la technologie ou d'autres critères.

M. Perrier répond qu'il y a aux HUG une chirurgie cardiaque et une chirurgie pédiatrique de telle qualité que les patients sont envoyés par d'autres cantons parce que l'hôpital obtient des résultats excellents et que cela commence à se savoir.

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 13469 :

Pour :	14 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 MCG, 4 PLR, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'entrée en matière du PL 13469 est acceptée à l'unanimité.

2^e débat

Titre et préambule pas d'opposition, adopté.

Art. unique pas d'opposition, adopté.

3^e débat

Le président met aux voix le PL 13469 dans son ensemble :

Pour :	14 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 MCG, 4 PLR, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

Le PL 13469 est accepté.

Catégorie de débat préavisée : IV