

Date de dépôt : 11 août 2020

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier :

- a) RD 1133-B Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019**
- b) P 1854-E Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte**

Rapport de majorité de M. Pierre Conne (page 1)

Rapport de minorité de M^{me} Marjorie de Chastonay sur la P 1854 (page 10)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Pierre Conne

Mesdames les députées,
Messieurs les députés,

Préambule

En préambule et compte tenu du temps écoulé entre les dépôts de ces deux objets, leurs nombreux allers et retours entre la Plénière et la commission de la santé et le fait qu'ils aient été liés en cours de parcours, il convient de résumer l'historique.

P 1854

La pétition 1854 concernant la situation de la psychiatrie adulte, signée par M. Julien Dubouchet Corthay, secrétaire général de Pro Mente Sana, et

M. Jean Dambron, président de l'Association Le Relais, a été déposée à fin 2012 et renvoyée à la commission de la santé le le 24.01.2013.

P 1854-A

Les conclusions de la commission de la santé (renvoi de la pétition 1854 au Conseil d'Etat) ont été adoptées par 61 oui (unanimité des votants) lors de la Plénière du 4 octobre 2013

P 1854-B

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la pétition 1854 est refusé et renvoyé au Conseil d'Etat, par 42 oui contre 18 non et 4 abstentions, lors de la Plénière du 10 octobre 2014.

P 1854-C

Le renvoi du rapport du Conseil d'Etat sur la pétition 1854 à la commission de la santé est adopté par 37 oui contre 29 non lors de la Plénière du 18 mars 2016, pour être lié aux travaux de cette commission sur le **RD 1133** sur la planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019

RD 1133

Lors de cette même séance plénière du 18 mars 2016, le RD 1133, Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019 est renvoyé à la commission de la santé par 64 oui (unanimité des votants).

RD 1133-A

P 1854-D

Lors de sa séance plénière du 1^{er} mars 2019, notre Grand Conseil a traité le RD 1133-A Rapport de la commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019 et la P 1854-D Rapport de la commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte sur la base d'un seul rapport pour les deux objets.

Prenant la parole en premier, le rapporteur de la majorité s'exprime ainsi :

« Mesdames et Messieurs les députés, suite à l'arrêt rendu par le Tribunal administratif fédéral le 16 janvier 2019 sur la planification sanitaire du canton de Genève, je vous propose de renvoyer le RD 1133-A à la commission de la santé afin que le Conseil d'Etat puisse nous expliquer les tenants et aboutissants de cette décision et ses conséquences pour notre canton ».

Mis aux voix, le renvoi du rapport de commission RD 1133-A et P 1854-D à la commission de la santé est adopté par 49 oui contre 35 non.

Travaux de commission

La commission de la santé a consacré deux séances, le 3 mai 2019 et le 12 juin 2020, essentiellement au traitement du RD 1133 Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019. Le motif du renvoi en commission était d'entendre le Conseil d'Etat sur les effets éventuels de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral sur la planification sanitaire¹ et non de reprendre l'entier des travaux sur la planification sanitaire ni sur la situation qui existait en psychiatrie en 2012. La P 1854 concernant la psychiatrie adulte a fait l'objet d'un point de situation actualisé par M. Mauro Poggia afin que la commission puisse voter en connaissance de cause.

Ces séances ont été présidées respectivement par M. Bertrand Buchs puis par M. Pierre Nicollier.

Les personnes suivantes ont pris part aux travaux : M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES) ; M. Adrien Bron, directeur, direction générale de la santé (DGS), DSES ; M^{me} Anne Etienne, directrice du service juridique, DGS, DSES ; M. Jacques-André Romand, médecin cantonal, DGS, DSES ; M. Nicolas Müller, directeur du service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification, DGS, DSES.

Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude respectivement par M. Sébastien Pasche et M^{me} Eliane Monnin.

RD 1133-A au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019

M. Poggia souligne que la question de la planification est revenue, suite à la décision du TAF qui a « brassé les cartes ». Il précise que l'on ne va pas refaire rétroactivement la planification et que cela ne devrait pas changer la décision de la commission, laquelle a été faite sur les bases retenues et acceptées par l'ensemble des acteurs sauf un, l'Hôpital de la Tour, qui a obtenu cette décision du TAF.

¹ Le communiqué de presse du tribunal administratif fédéral concernant l'arrêt du 16 janvier 2019 concernant la planification hospitalière du canton de Genève figure en annexe.

M. Müller explique que cette décision du TAF n'a en effet aucun impact sur le rapport de planification 2016-2019 car l'essentiel de ce dernier est une projection des besoins futurs, tant dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire et il ajoute que les chiffres énoncés, basés sur des projections démographiques et l'évolution des besoins en soins, ne sont pas remis en cause par l'arrêt du TAF.

M. Bron souligne que le nouveau rapport de planification sanitaire 2020-2023 respecte les exigences du Droit supérieur (LAMal) rappelées par le TAF². Il ajoute que le rapport 2016-2019 est une image de l'évolution des besoins et de la manière dont on entend les couvrir ; il relève que la décision du TAF n'a néanmoins aucun impact là-dessus, mais plutôt sur la liste hospitalière, laquelle n'est pas partie constitutive du rapport de la planification sanitaire. Par ailleurs, il rappelle que l'arrêt du TAF demande de reprendre une décision, qu'il casse la décision des quotas pour l'Hôpital de la Tour, exclusivement sur les quotas de la recourante. Il précise que cette décision ne met donc pas en bas toute la liste hospitalière de manière rétroactive.

M. Bron ajoute qu'ils ont l'alternative de trouver une nouvelle manière de qualifier les mandats avec La Tour pour les années concernées par le recours ou alors de prendre une décision rouvrant des voies de recours, le cas échéant. Il pense que l'impact est beaucoup plus conséquent pour les années à venir puisque cela empêchera de donner une priorité aux HUG car l'arrêt disqualifie le raisonnement qu'ils tenaient jusqu'à présent consistant à dire qu'ils tiennent compte des acteurs privés, tout en privilégiant les HUG. Il souligne que ce raisonnement est donc invalidé et qu'ils vont devoir se rabattre sur des critères d'économicité et de qualité. Il ajoute qu'ils doivent prévoir un financement à la prestation, ouvrir un appel d'offres pour pouvoir répondre aux besoins de la population. Il relève qu'il s'agit d'une conséquence importante puisque cela fait sortir du contrat de prestation soumis à la LIAF, tout le financement des soins, selon l'assurance obligatoire des soins, au sein des HUG.

M. Bron précise que cela en outre les conduit à configurer d'une manière nouvelle l'appel d'offres effectué auprès des cliniques privées, en se rabattant sur les critères du modèle recommandé par la CDS, avec des conditions telles que la transparence comptable, des conditions sur le volume de cas et des garanties de pérennité. Il souligne qu'il est prévu qu'il y ait un volume minimum de cas sans assurance complémentaire qui doivent être effectués par

² La R 901 Proposition de résolution du Conseil d'Etat approuvant le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023 a été adoptée à l'unanimité par la commission de la santé le 19 juin 2020.

les candidats pour que l'on puisse rentrer en matière. Il observe qu'il s'agit de changements conséquents pour tous les acteurs : les HUG, l'Etat et les cliniques privées. Il relève qu'il y a donc un travail acharné à effectuer pour configurer cet appel d'offres et avoir une nouvelle liste hospitalière qui soit à la fois conforme en 2020 à cet arrêt du TAF et à la planification sanitaire qui sera présentée au Grand Conseil.

M. Poggia ajoute qu'en 2012, le Parlement fédéral a apporté ces nouveaux critères en imposant aux cantons une planification, mais en prévoyant aussi la liberté de circulation des patients, deux injonctions paraissant contradictoires puisque la planification implique de s'assurer qu'il y ait les lieux pour satisfaire des besoins à un moment donné mais que, si le patient va où il veut, il faut prévoir potentiellement à double ou à triple la réponse à ces besoins.

M. Poggia souligne que le RD 1133 n'aborde pas le financement, mais uniquement les besoins ; il observe que la décision du TAF n'impacte donc pas ce rapport. Il souligne que l'arrêt du TAF va dire de quelle manière l'on peut assouvir ces besoins en termes sanitaires et avec quels acteurs. Il précise que le Conseil d'Etat avait fait des provisions, d'environ 7 millions, pour indemniser l'Hôpital de la Tour, cas échéant qui est aujourd'hui réalisé. Il souligne que la Tour a refait ses calculs et vient aujourd'hui avec beaucoup plus, mais il précise que les prévisions ont été faites sur la base de ce qu'ils réclamaient année après année. Il observe néanmoins que, si leurs créances ne sont pas prescrites, ils pourraient venir avec plus et donc que la situation ne va pas se régler rapidement. Il précise qu'ils sont donc en discussion avec la Tour pour trouver une issue, faute de quoi ils vont devoir reprendre une décision sur l'attribution de mandat pour l'année 2015. Il souligne que ces informations ne concernent néanmoins pas le RD 1133.

Un député PLR observe que l'étude du RD 1133 a été faite de manière complète par la commission de la santé, il considère que l'aspect du financement hospitalier n'est pas impacté par ce rapport et relève que le département avait effectivement annoncé que de nouvelles règles de financement hospitalier allaient être mises en place. Il n'est donc pas du tout favorable au fait que l'on reprenne les travaux sur ce rapport. Il propose donc que l'on en reste au rapport tel qu'il ressort des précédents travaux de la commission de la santé.

Un député PLR précise que le débat sur l'arrêt du TAF n'impacte pas l'objet sur lequel la commission doit se prononcer. Il propose d'en rester là et que le département vienne présenter les changements qu'occasionnera la décision du TAF lors de la présentation de la prochaine planification 2020-2023.

Un député PLR confirme que cette décision du TAF va impacter la prochaine planification, mais pas du tout la planification passée.

Une députée d'EàG indique qu'elle s'abstiendra concernant le rapport sur la planification sanitaire 2016-2019, précisant qu'elle ne veut pas le cautionner car un certain nombre de conditions se sont modifiées.

P 1854-D au Grand Conseil sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte

M. Poggia rappelle que la pétition qui date du 17 décembre 2012 a été déposée par Pro Mente Sana et l'association Le Relais qui ne se sont pas manifestées à nouveau depuis. Cela ne veut pas dire qu'elles considèrent que tout va très bien dans le meilleur des mondes car ces associations sont toujours très vigilantes sur la manière dont on s'occupe des patients en psychiatrie. En fait, ce sont souvent les parents des patients qui se manifestent puisque les malades ne peuvent pas eux-mêmes défendre, leur voix étant peu crédible quand ils essaient de se plaindre. Il est donc bien utile qu'il y ait des associations qui puissent œuvrer pour les patients et leurs proches. En huit ans, beaucoup de choses ont été faites à la clinique de Belle-idée. Il faudrait en reprendre le détail, cela fait partie des rapports des HUG. De nouveaux bâtiments ont été construits et depuis le début de la nouvelle législature, le travail a porté sur de nouvelles prestations en matière de traitements ambulatoires pour éviter les hospitalisations, sachant à quel point ces hospitalisations conduisent à des décompensations durables pour cette population particulièrement vulnérable. Il y a donc de plus en plus de prestations de jour pour des personnes atteintes de troubles mentaux pour éviter qu'elles soient hospitalisées.

Ce que demandait la pétition, ce sont des moyens supplémentaires. C'est d'ailleurs l'occasion de rattacher cette situation à un élément nouveau, à savoir qu'après des années de combat, Genève et aussi d'autres cantons ont obtenu une nouvelle clause du besoin réclamée pour l'installation de nouveaux cabinets médicaux privés. Or, à l'époque du dépôt de la pétition, une clause du besoin avait été levée au 1^{er} janvier 2012. Le fait que cette clause ait été levée a permis à de nombreux médecins hospitaliers de s'installer en ville. C'est dans un état presque sinistré dans lequel s'est trouvée la psychiatrie institutionnelle genevoise suite aux départs abrupts et massifs de psychiatres. C'est à ce moment-là, fin 2012, que Pro Mente Sana a été alertée et que la pétition a été déposée. Afin de combler ce déficit médical, un certain nombre de psychiatres de l'UE ont été engagés aux HUG, grâce aux filières professionnelles internationales.

Ensuite, le canton s'est battu pour réinstaurer cette clause du besoin et il vient d'obtenir satisfaction.

Procédure de vote

Le président met aux voix la proposition de voter la prise d'acte du RD 1133-A sur la planification sanitaire 2016-2019 et la prise d'acte du P 1854-D concernant la psychiatrie :

Oui : 2 MCG, 3 PLR, 1 UDC, 2 PDC

Non : 1 EAG, 3 S, 1 Ve

La proposition de voter la prise d'acte de ces deux objets est acceptée.

Vote pour une prise d'acte du rapport RD 1133-A

Oui : 2 MCG, 3 PLR, 1 UDC, 2 PDC

Non :

Abstentions : 1 EAG, 1 Ve, 3 S

La prise d'acte du RD 1133-A est acceptée.

Catégorie de débat préavisée : III

Vote pour une prise d'acte du rapport P 1854-D

Oui : 2 MCG, 3 PLR, 2 PDC

Non : 1 EAG, 1 S, 1 Ve

Abstentions : 2 S, 1 UDC

La prise d'acte du P 1854-D est acceptée.

Catégorie de débat préavisée : II

Mesdames les députées, Messieurs les députés,

La majorité de la commission de la santé vous invite à accepter le RD 1133-B, rapport du Conseil d'Etat sur la planification sanitaire du canton de Genève 2016- 2019, et le P 1854-E, rapport du Conseil d'Etat sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte.

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Service de presse
Case postale, 9023 St-Gall

St-Gall, 23 janvier 2019

Communiqué de presse

concernant l'arrêt du 16 janvier 2019 dans la cause C-5017/2015

La planification hospitalière du canton de Genève viole le droit fédéral

Le Tribunal administratif fédéral annule la décision issue de la procédure de la planification hospitalière du Conseil d'Etat genevois vis-à-vis de La Tour Hôpital Privé SA, qui prévoyait de limiter le budget global maximal et le nombre de cas annuel par pôle d'activités attribués à la Tour.

Par arrêté du 24 juin 2015 du Conseil d'Etat genevois, La Tour Hôpital Privé SA a été habilitée à traiter avec effet rétroactif dès le 1^{er} janvier 2015 des patients pour le compte de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans différents pôles d'activités. Ceux-ci incluent, entre autres, la chirurgie cardio-vasculaire, la cardiologie interventionnelle ou encore la gynécologie. Le Conseil d'Etat a demandé à l'hôpital genevois La Tour de restreindre leur budget global à un montant ne pouvant excéder CHF 3'462'751. Il a également limité le nombre de cas par pôle d'activités. L'hôpital désapprouve cette décision et reproche au Conseil d'Etat d'avoir établi de manière illicite la planification hospitalière et les limitations quantitatives (budget et nombre de cas annuel). Par conséquent, l'hôpital de La Tour a interjeté recours le 13 juillet 2015 auprès du Tribunal administratif fédéral (TAF) contre cette décision.

Non-respect des critères de planification

Le Tribunal constate que la planification hospitalière genevoise au stade de l'évaluation des besoins et du choix de l'offre s'écarte des critères minimaux impératifs fixés dans la législation fédérale sur l'assurance maladie et la réglementation correspondante. Il a été ainsi omis, à tort, de prendre en compte par exemple le flux des patients intercantonaux ainsi que le critère de l'économicité. Cette évaluation de base étant erronée, la suite de la planification hospitalière l'est également, notamment l'attribution du mandat de prestations à La Tour.

Limitations quantitatives illicites

La limitation quantitative du nombre de cas – telle qu'appliquée dans le cas d'espèce – est contraire au sens et à l'esprit de la loi. En effet, cette limitation a été appliquée de manière systématique aux établissements hospitaliers genevois privés et à tous les pôles d'activité (moyen de pilotage politique), de sorte que la planification hospitalière tend à un financement par établissement et non à un financement par prestations. De plus, ce pilotage étant statique, il rend une

concurrence entre hôpitaux impossible. Enfin, cette limitation étant imposée aux seuls hôpitaux « privés » et non aux hôpitaux « publics », elle viole l'égalité de traitement entre concurrents en ne reposant sur aucun critère objectif.

Budget global également illicite

Le TAF arrive à la conclusion que la fixation d'un budget global viole également le droit pour les mêmes motifs que la limitation quantitative du nombre de cas. En effet, le budget global étant une conséquence du nombre de cas attribués aux hôpitaux, son calcul est faussé. Le tribunal révoque ainsi la liste hospitalière et renvoie la cause au Conseil d'Etat genevois pour nouvel examen

Cet arrêt est définitif et n'est pas susceptible de recours au Tribunal fédéral.

Contact

Rocco R. Maglio
Attaché de presse
+41 (0)58 465 29 86
+41 (0)79 619 04 83
medien@bvger.admin.ch

Amandine Mareschi
Communication
+41 (0)58 483 91 09
medien@bvger.admin.ch

Le Tribunal administratif fédéral en bref

Créé en 2007, le Tribunal administratif fédéral (TAF), sis à St-Gall, est le plus grand tribunal de la Confédération avec 76 juges (68.2 EPT) et 357 collaborateurs (307.65 EPT). Il connaît des recours contre des décisions rendues par des autorités fédérales et, dans certains domaines, par des autorités cantonales. Dans de rares procédures par voie d'action, il statue également en première instance. Le TAF est composé de six cours qui rendent en moyenne 7500 décisions par année.

Date de dépôt : 11 août 2020

RAPPORT DE LA MINORITÉ SUR LA P 1854

Rapport de M^{me} Marjorie de Chastonay

Mesdames et
Messieurs les députés

Cette pétition a été déposée fin 2012, il y a bientôt 8 ans. Le contexte était certes différent mais, au fil des ans, les **questions récurrentes** sur la gestion de la psychiatrie n'ont cessé de ressortir dans les différents rapports de gestion des HUG mais aussi lors de l'élaboration de la planification sanitaire 2016-2019 ainsi que l'actuelle planification 2020-2023.

Mais pourquoi ce sujet est-il récurrent ? De quoi s'agit-il ? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? Voici les questions qui m'ont poussée à écrire ce rapport.

De quoi s'agit-il ?

Tout d'abord, il faut relever la pertinence et la clairvoyance des pétitionnaires, tous deux représentants des milieux associatifs. Les pétitionnaires souhaitent un véritable **accompagnement** de ces personnes et redoutent un recours à une **médication plus dure** en raison d'une pénurie de personnes formées et expérimentées notamment. Des alternatives à l'hospitalisation sont possibles aussi. Du reste, les recommandations de ***l'Organisation mondiale de la santé (OMS)*** vont dans le sens du **développement d'infrastructures intermédiaires** via des prestations dans des structures ambulatoires et semi-hospitalières. La prévention doit aussi être budgétée.

Mais pourquoi ce sujet est-il récurrent ?

Lors des travaux sur la nouvelle planification sanitaire 2020-2023, la Commission de la santé s'est à nouveau penchée sur cette pétition ainsi que sur les différentes réponses du Conseil d'Etat. En effet, la P 1854-D est liée à l'ancienne planification sanitaire 2016-2019 (RD 1133-A). Contrairement au PLR qui souhaite traiter rapidement les objets du passé en les soldant pour se concentrer sur l'avenir (p. 15/18 PV 50 du 12 juin 2020), il n'était pas question

pour les Vert.e.s de tourner la page sans chercher à améliorer la situation ou du moins, ad minima la traiter.

Car, après la lecture des différents rapports de la Commission de la santé et du Conseil d'Etat sur la pétition (P 1854-A, P 1854-B, P 1854-C et RD 1133-A lié à P 1854-D), il ne ressort que très peu d'éléments qui seraient enclins enfin à mettre en place une véritable **politique cantonale de la psychiatrie ou de politique cantonale en matière de santé mentale**.

P 1854-A : Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte du 17 septembre 2013

Il ressort des travaux de la commission 2 conclusions :

1. « *Les auditions ont mis l'accent sur la nécessité de disposer d'une **politique cantonale en matière de santé mentale**, dont une partie reposerait sur le développement d'une psychiatrie sociale et communautaire, avec des prestations extrahospitalières, ambulatoires, avec le développement de structures intermédiaires et un réseau d'acteurs permettant un accompagnement psychosocial.* »
2. « *Le Grand Conseil (...) invite par ailleurs le Conseil d'Etat (...) à mettre davantage en évidence, dans la prochaine période de planification sanitaire, l'attention portée à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, en particulier dans ses aspects ambulatoire, médico-social (lits de long séjour) et de structures intermédiaires.* »

C'était en septembre 2013.

Transversalité et interdépartementalité

Il ressort également du rapport l'**aspect transversal de la problématique**. Or, déjà à l'époque, un appel à mettre en place des **synergies complémentaires entre le département de la cohésion sociale** (actuel DCS et ancien DARES) et le **département de la santé**, de l'emploi et de la sécurité (actuel DSES et ancien DES) a été lancé. Ces **collaborations interdépartementales** auraient du sens pour déclencher des actions autour de la psychiatrie sociale et communautaire.

On peut ici aussi faire le lien avec le **dysfonctionnement** qui existe dans les **curatelles**. C'est un problème transversal (santé et social), comme les personnes qui ont des dettes et qui ne peuvent plus trouver d'appartement et sont ainsi dans l'impossibilité de s'émanciper de leur famille. Parfois, ces personnes sous curatelle se sont trouvées dans les dettes suite à une curatelle

alors qu'elles n'en avaient pas auparavant. Et c'est la spirale infernale pour la famille qui reste proche aidante et pour la personne qui ne peut pas s'émanciper et participer à la vie de la société.¹

P 1854-B : (1^{re} réponse du Conseil d'Etat) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte, datant du 24 septembre 2014

Le rapport du Conseil d'Etat est bref et informe qu'un **groupe de travail spécifique** est chargé de concevoir la projection de l'organisation de l'offre de soins psychiatriques à Genève. Il est aussi chargé **d'identifier les structures intermédiaires** dont certains patients au profil spécifique pourraient bénéficier. Ces réflexions ont été présentées dans le rapport de planification 2016-2019 (RD 1133-A).

P 1854-C : (2^e réponse du Conseil d'Etat) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte, datant 24 février 2016, donc 4 ans après la pétition !)

Le rapport du Conseil d'Etat est déjà plus étayé et **semble** proposer une **vision politique** à ce sujet. Il propose des mesures à court, moyen et long terme. A court terme :

- « Développer les **soins à domicile** comme alternative à l'hospitalisation et aussi dans un objectif de prévention, (...) :
- Développer des **prestations d'équipe mobile 24h/24**, afin de mieux répondre à la demande de **patients en crise et, dans l'urgence, pour prévenir des hospitalisations évitables et maintenir le patient dans son milieu communautaire** ;
- Travailler sur les **processus de prise en charge à l'admission et coordonner les sorties** au niveau du réseau communautaire existant ;
- Favoriser les **collaborations entre l'hôpital et les psychiatres de ville**, afin d'assurer la **continuité des soins (transition ville-hôpital)** ;
- Créer un observatoire sous forme d'une commission (...) ;
- Revoir les **critères d'admission en EMS** (...) ;
- Traiter séparément la psychiatrie judiciaire (...) ;

¹ Revue « Esprit(s) : N°1, juin 2020 : *Juridique : La responsabilité du canton dans la mauvaise gestion des curatelles.* » par M^{me} Shirin Hatam, juriste LL.M titulaire du brevet d'avocat.

A plus long terme :

- *Ouvrir des lits dans des structures communautaires (offrant une surveillance soignante ou socio-éducative de nuit), qui pourraient se substituer aux lits hospitaliers (...)*
- *Augmenter l'offre d'hébergements protégés et standards pour assurer un flux régulier des entrées et des sorties de l'hôpital psychiatrique ;*
- *Augmenter les lits d'EMS spécialisés dans la psycho-gériatrie, de type Méridienne (environ 30 lits) (...)* ;
- *Développer une offre intermédiaire de type IEPA (immeubles avec encadrement pour personnes âgées) entre l'EMS et le domicile ;*
- *Faire une analyse des besoins et une analyse du système de santé mentale genevois ainsi que de l'organisation des soins avec les outils de l'OMS*

*Le Conseil d'Etat souhaite aussi favoriser une **meilleure collaboration entre les partenaires**, notamment entre le secteur hospitalier, les institutions de maintien à domicile et la médecine de ville, ainsi que le développement de toute structure intermédiaire permettant de prendre en charge les patients hors du cadre hospitalier. »*

Il est intéressant de mentionner tous ces points puisqu'ils correspondent aux **demandes des pétitionnaires** représentant les personnes concernées et leurs proches à travers des associations. Néanmoins, à mes yeux, il manque dans les vœux du Conseil d'Etat, l'aspect fondamental de la collaboration avec les **associations** qui sont sur le terrain ainsi qu'avec les **familles** des personnes concernées qui sont souvent en première ligne, et durant des années, avec des parcours difficiles de **proches aidants**.

Les propositions faites concernent les **adultes et les aînés**. On peut ici mettre en lumière l'augmentation impressionnante de personnes touchées par la **maladie d'Alzheimer**, sans oublier que l'augmentation des situations de **besoins des jeunes adultes** est inquiétante. Il faudrait aussi l'anticiper pour éviter des **péjorations**, ruptures et échecs via des **hospitalisations à répétitions** et une perte de temps évitable qui, de surcroît, est onéreuse pour toute la société. Il y a donc des profils d'adultes différents et les besoins sont différents selon les âges.

Il existe aussi des **problèmes de financement par la LAMal** qui ne favorise pas l'émergence d'une prise en charge par des infirmières formées en psychiatrie, qui pourraient décharger les médecins. En effet, la LAMal prend en charge une partie des soins et que le social s'occupe d'une autre partie de la facturation. Ce décalage a été mis en avant durant les auditions en 2012 déjà

et le Dr Khazaal préconisait de ne pas attendre les changements de facturation avant d'agir pour une mise en place d'une **psychiatrie sociale**.

Question de formation aussi

En 2012 déjà, M. Unger rappelait des options « *envisagées il y a une dizaine d'années (auparavant donc dans les années 2000...) notamment de faire intervenir des infirmières en milieu psychiatrique et qui ont échoué pour des raisons académiques. Il estime que tant que la formation sera basée sur les spécialisations, on aura toujours des chercheurs et non des techniciens disponibles pour effectuer de la psychiatrie communautaire.* »

Il faudrait donc développer l'**inter-professionnalité** afin d'élargir les prises en charge adéquates pour **accompagner** ces personnes et permettre les **collaborations essentielles entre la santé et le social**. Les mêmes questions d'accompagnement, de formation se posent pour les plus jeunes dans le **contexte de l'école inclusive** qui peuvent ensuite se reporter sur l'**accompagnement en milieu professionnel (job coaching)**, et dans d'autres milieux tout au long de la vie. Il s'agit aujourd'hui en 2020, d'investir sur l'accompagnement à travers la formation et une vision sur des projets de vie, plutôt que des hospitalisations à répétitions qui coûtent chères et qui isolent socialement et précarisent.

P 1854-D : (3^e réponse du Conseil d'Etat) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte, datant du 6 mars 2018, donc 6 ans après la pétition !)

Il n'y a pas de grandes avancées mais beaucoup de redites. C'est un peu décevant après tant d'années. En 2018, les Vert.e.s avait déjà pris position en faveur de la pétition, car elle mettait l'accent sur la psychiatrie, et permettait de mettre en avant les ponts entre le secteur médical, le secteur social et la position économique des individus. Il ne faut plus que le suivi relationnel et clinique passe au second plan pour des raisons d'efficacité ou des raisons académiques.

Certes, le Conseil d'Etat, en collaboration avec les HUG ont heureusement mis en marche certaines projets et améliorations. Le Conseil d'Etat lors de la séance du 12 juin 2020 a donné son avis et prétend que beaucoup de choses ont déjà été faites à la **clinique de Belle-Idée** et il renvoie les membres de la commission aux rapports des HUG. J'ai dès lors questionné les HUG sur la gestion de la psychiatrie lors de la séance suivante le 19 juin 2020.

– Le Conseil d'Etat précise encore : « *De nouveaux bâtiments ont été construits et depuis le début de la nouvelle législature, le travail a porté*

sur de nouvelles prestations en matière de traitements mobiles pour éviter les hospitalisations, sachant à quel point elles conduisent à des décompensations durables pour cette population particulièrement vulnérable. Il y a donc de plus en plus de prestations de jour pour des personnes atteintes de troubles mentaux pour éviter qu'elles soient hospitalisées. Ce que demandait la pétition, ce sont des moyens supplémentaires. (...) ». M. Poggia rappelle qu'en 2012, c'était l'arrêt de la clause du besoin qui avait provoqué aussi le départ de nombreux médecins-psychiatres et cela était aussi une des inquiétudes de la pétition. « C'est d'ailleurs l'occasion de rattacher cette situation à un élément nouveau, qui vient de paraître dans les journaux, à savoir qu'après des années de combat, Genève mais aussi d'autres cantons, ont obtenu une **nouvelle clause du besoin** réclamée pour l'installation de nouveaux cabinets médicaux. (...) »

- Les réponses données par les HUG lors de la séance du 19 juin 2020 face à l'évolution de la situation en psychiatrie sont les suivantes : « (...) Il attire son attention sur la judiciarisation des mesures qui correspond à une lenteur de la justice quant à la prise de décision pour sortir quelqu'un d'une mesure. Les durées de séjour sont plus longues quand les gens sont sous mesures que lors d'un suivi psychiatrique. Sur le dispositif hospitalier, on voit un effet non négligeable de décisions de justice par rapport à l'hospitalisation. Il rappelle que Genève est la ville au monde où il y a le plus de psychiatres par habitant ce qui doit les inciter à bien collaborer en réseau. Des initiatives ont été prises pour mieux harmoniser le **parcours patient**, de sorte que les éléments de la planification tels qu'ils sont dans le rapport lui paraissent réalistes, réalisables et ne conduiront ni à une surcharge ni à une création démesurée de nombre de lits en psychiatrie. Si demain les HUG ouvrent 40 lits en psychiatrie, il est possible qu'ils soient remplis demain parce que la structure hospitalière et ce qu'elle apporte en psychiatrie est parfois plus complexe que dans d'autres sujets de la médecine. Par rapport à la planification, il y a des ambitions, du travail en réseau et une volonté d'aller vers quelque chose d'ouvert. (...) La réalité de la psychiatrie genevoise est extrêmement différente du contexte de l'époque de cette pétition, on est dans une relation apaisée entre la ville et la psychiatrie hospitalière. (...) Il pense que la planification (2020-2023) telle qu'elle est écrite est juste et qu'elle incite à travailler en réseau avec la ville, à l'exception des hospitalisations de longue durée sur lesquelles on essaie de réduire les durées de séjour. On a plutôt une psychiatrie efficiente qui a des durées d'hospitalisations plus courtes. Il y a la question d'aval et c'est un sujet quasi permanent. »

- Selon M^{me} Rorive Feytmans, « *au niveau des HUG, depuis 2 ou 3 ans, la psychiatrie communautaire a été fortement renforcée. La première chose mise en place sont des « **case managers** » de transition pour assurer le retour dans le lieu de vie. Ils ont déployé des **équipes mobiles de prise en charge dans la communauté**. On commence à voir les impacts du renforcement de la prise en charge dans la communauté. On a vu une diminution des journées en 2019 et début 2020. Cela va se poursuivre dans le groupe de suivi sur la psychiatrie qui a été mis en place.* »

Il faut souligner ces améliorations qui sont positives mais pas encore suffisantes notamment les questions de la **prévention, des structures d'aval et intermédiaires**. Les Vert.e.s n'ont pas souhaité déposer cette pétition sur le bureau du Grand Conseil (à savoir la classer une bonne fois pour toutes) parce que nous considérons que, même si la pétition est ancienne, le problème de la gestion de la psychiatrie à Genève n'est pas réglé. C'est même un problème récurrent qui revient dans tous les travaux de notre commission lors des analyses de comptes, de budgets et de planification. Il ne s'agit pas que de lits supplémentaires ou de chiffres en plus ou en moins, mais au contraire, il est **question de trajectoires de vie de nombreuses personnes vivant dans notre canton, jeunes adultes ou aînés**. C'est une question de mise en application de synergies, écrites sur des documents, une vision politique qui doit être encore améliorée et implémentée à travers des collaborations interdépartementales qui sont encore frileuses et lentes. Il y a une véritable nécessité et presque urgence de **développer des alternatives aux hospitalisations via des infrastructures intermédiaires**, via des politiques publiques préconisées par l'OMS, via des suivis et accompagnements adéquats, via une continuité des soins et des **formations du personnel** à la hauteur de notre canton. Certes, la pertinence de la pétition a été reconnue, mais combien d'années faudra-t-il encore attendre pour qu'elle soit vraiment prise en considération de façon sérieuse ?

Les réponses du Conseil d'Etat ne sont toujours pas satisfaisantes et la pétition garde toute son acuité puisqu'il s'agit aussi d'une pétition proposant une **vision globale de la santé psychique**. Il y a également peu d'information sur les traitements alternatifs et les thérapies non médicamenteuses.

Enfin, il est fondamental de relever la **souffrance au travail exprimée par les différents syndicats représentant le personnel des HUG** qui est de plus en plus confronté à des violences en raison d'une insuffisance de personnel pour gérer les soins psychiatriques. Des informations choquantes ont été dévoilées à la commission sur des actes pénaux qui n'ont pu être empêchés. Les syndicats ont aussi mentionné la violence de certains patients comme une résultante du manque de temps consacré aux soins, à savoir aux entretiens dans le cadre de la psychiatrie. Le « **lean management** » en est la cause selon eux,

car cette gestion des soins est basée sur l'efficacité et la performance et non plus sur la qualité des soins aux patients. Il n'est même pas question d'envisager la qualité des conditions de travail. Cette gestion a pour conséquence des absences à répétitions du personnel, des arrêts de travail et une surcharge émotionnelle trop lourde à porter dans un contexte de stress au travail et de ressources humaines formées et en suffisance (voir Annexe 1 et 2).

Conclusion

En conclusion, cette pétition a malheureusement gardé tout son sens et sa pertinence, même 8 ans après son dépôt.

De nombreux points sur la psychiatrie à Genève sont encore à améliorer notamment :

- Les questions de collaboration interdépartementale ;
- Le nombre d'infrastructures en amont de l'hôpital telles que des structures intermédiaires ;
- Des solutions alternatives à l'hospitalisation telles que les IEPA ;
- Les formations ;
- Les suivis et accompagnements ;
- Les conditions de travail du personnel ;
- Etc.

Finalement, pour toutes les raisons évoquées dans ce rapport, et même s'il faut souligner et **féliciter les améliorations** qui ont été apportées, il y a encore tant à faire pour améliorer la gestion de la psychiatrie à Genève. C'est pourquoi, les Vert.e.s souhaitent renvoyer la pétition au Conseil d'Etat.

Annexes :

- Annexe 1 : Informations SSP HUG : Trois Chêne, août 2019
- Annexe 2 : Informations SSP HUG : Trois-Chêne, décembre 2019



Informations SSP HUG Trois Chêne Août 2019

Nos patients âgés sont-ils devenus des voitures ? et nous ... des robots ?

Suite à l'assemblée du 27 juin, le personnel a décidé d'écrire à M le Directeur Général, M Levrat et à M le président du Comité de gestion de notre département, Dr Graff avec copie à Mme la Directrice des Soins, Mme Merkli et à Mme la Responsable des soins du département, Mme couderc, pour protester contre l'organisation débutée le 2 mai dernier selon les règles du « Lean Management » ou « Management par Dégraissage ». Les soignants ont compris que ce management cherche à les manipuler pour les rendre dociles et même « productifs » à la détérioration de leurs propres conditions de travail ; cherche à leur faire croire que ce management sait mieux qu'eux ce qui est nécessaire à la qualité des soins des patients âgé-e-s alors que ce management cherche sans scrupules des bénéfices financiers à l'encontre de la spécificité de la « gériatrie » et se moque de **l'épuisement du personnel.** Voici cette lettre.

Monsieur Bertrand Levrat Directeur général des HUG
Dr. Christophe Graff Chef du département de réadaptation et gériatrie

Genève, le 29 juillet 2019

Souffrance du personnel soignant aux Trois Chêne

Monsieur le Directeur Général, Monsieur le Président du Comité de gestion, Nous souhaitons par la présente vous faire part de la grande souffrance du personnel de l'Hôpital des Trois Chêne depuis la réorganisation de tous les services le 2 mai dernier. Le bulletin de notre syndicat en juin 2018, « L'hôpital au régime Toyota », dénonçait la mise en application du « Lean Management » ou « Management par le Dégraissage ». Aujourd'hui, aux Trois Chêne, c'est dévastateur !

En effet, le bouleversement des rapports de travail a eu lieu et le personnel nous interpelle tous les jours pour exprimer son désarroi devant l'absence de prise en compte de ses dires lorsqu'il dénonce les répercussions négatives sur les soins apportés aux personnes âgées et sur ses propres valeurs de soignant-e et ce, depuis ce jour, où tous en même temps, le même jour, à tous les étages, il a vu apparaître un sabotage en règle de sa mission auprès de la personne âgée. La « glorification du changement » comme seule réponse, est méprisante à l'égard des soignants qui ne sont pas dupes des objectifs de rentabilité de ces changements et ne se sentent pas respectés. Les cadres directs (IRES), en sandwich entre les mesures imposées et les soignants de leur équipe, ne savent plus que faire pour atténuer cette situation et répondre aux difficultés qui s'accumulent. Cela ressemble parfois à de la sidération.

Les soignants ne sont pas contre « le changement » mais s'il faut repenser les soins ce n'est sûrement pas en supprimant du personnel et en obéissant aux injonctions de « budgétaires ». Les bonnes idées en sont noyées !

Le personnel dénonce la manipulation des mots. Ce n'est pas l'unification des 2 équipes par demi-étage : c'est la division de 2 équipes en 3 secteurs distincts. Ce n'est pas une nouvelle organisation : c'est une désorganisation au profit des soins à l'acte. Soins à l'acte qui étaient dénoncés il y a des années comme irrespectueux de la personne, inefficaces et dangereux. Ce n'est pas « plus de temps auprès du patient » : c'est la course aux informations entre les soignants d'un secteur et le fameux « gilet » ou « desk » qui ne « soulage » (verbe choisi dans le dernier Pulsations) pas les équipes puisqu'elles ont perdu en personnel.

Ce n'est pas une augmentation de la qualité du travail mais une intensification et densification. Le personnel dénonce cette volonté de vouloir rapprocher les soins d'une « chaîne de production » à tel point que certaines soignantes évoquent avec colère et grande tristesse l'impression que cela devient la même chose que s'occuper de « bétail » et souffrent de ne pas avoir le temps de prendre soins des personnes âgées. Le personnel dénonce aussi la pression afin qu'il évalue des « mesures », des « échelles », des « résultats » de toutes sortes pour justifier son temps auprès des patients : évaluations chronophages et parfois qualifiées d'absurdes par les IRES eux-mêmes.

Les personnes âgées, qui sont fragiles par définition, ont droit à une prise en charge personnalisée, pouvant prendre en compte et suivre les « imprévus quotidiens » de l'évolution de leur santé. Or ce n'est absolument pas le cas. La personne âgée est « morcelée » en tâches, les soignants ne sont plus en nombre nécessaire et s'interpellent dans le couloir. Ils ne reconnaissent plus la charte de qualité des soins.

Le corps du soignant est soumis à plus rude épreuve alors même que son travail est reconnu comme pénible ! La station debout, qui devient la règle sur la journée devrait même se poursuivre jusqu'au temps des transmissions orales de mi-journée ! Les soignants ne peuvent écouter les besoins de leur propres corps. Totalement contradictoire dans le domaine de la santé. L'ergonomie n'est plus de mise alors même que des campagnes de santé sont organisée (anti-tabac, contre le mal du dos) et que des formations veulent convaincre les soignants de prendre soin d'eux. Les transmissions se déroulent dans des lieux inadaptés, sans espace ergonomique, sans protection solaire dans ces temps de canicule. C'est un vrai retour en arrière et une privation du droit du personnel. Il est maltraité, le ressent et nous l'exprime.

Selon la responsable des soins du Département le but est de « *vraiment de fluidifier le flux des patients* ». C'est mathématiquement, au détriment du patient : en effet ce n'est pas « *le bon patient au bon endroit, au bon moment avec un personnel soignant qui a les compétences adaptées aux besoins du patient* » car au lieu de prévoir une marge de manœuvre au cas où un patient décompense et ainsi sécuriser sa prise en charge, vous retirez du personnel en même temps que vous comptabilisez des lits de soins aigus dans une volonté de limiter le ratio patient/soignant. Et donc, faites porter le risque sur les épaules des soignants qui ne comprennent pas comment vous pouvez oser mettre en danger le binôme patient / soignant ! La réalité est que si un patient est hospitalisé en réadaptation et qu'il décompense alors pour avoir droit aux ratios adaptés il lui faut changer de service. S'il n'y a pas de place, il reste dans l'unité avec le ratio inférieur à ses besoins. Et s'il y a de place il devra subir le stress d'un transfert d'unité et de changement d'équipe !

Le manque de considération de cette perte de qualité des soins est catastrophique sur le moral et le psychisme du personnel de toutes les unités. Les soignants se sentent de moins en moins en sécurité, se sentent corvéables à merci et donc méprisés dans l'exploitation de leur cœur de métier : leur responsabilité et conscience professionnelle.

C'est dans cette grande confusion que les soignant-e-s souffrent de ne plus pouvoir répondre aux besoins des personnes dont elles-ils connaissent les besoins depuis toutes ces années et dont on reconnaît l'expertise gériatrique dans bien d'autres lieux de soins dans la Confédération et dans d'autres pays ! Le patient n'est pas, pour les soignants du service public, un client mais bien une personne âgée vulnérable qu'il faut soutenir, reconforter et encourager dans tous les actes de sa vie quotidienne. Dont la dignité doit être respectée.

Ce n'est pas « *plus de compétences et connaissances nécessaires pour des soins de qualité* » mais la disparition des transmissions orales **tout-e-s ensemble** qui permettent d'apporter des informations, de partager des difficultés de soins, de penser des solutions, de former les plus jeunes en carrière et c'est un immense vide et une perte intolérable dans les situations de fin de vie. Vouloir éliminer ces échanges **tout-e-s ensemble** est une manière de vouloir supprimer la « valeur des soins », c'est perdre le recul nécessaire à la prise en charge et c'est préjudiciable aux patients et aux familles. Les familles se plaignent de ne pas recevoir les informations concernant leur proche et se retrouvent devant des soignants qui leur répondent qu'ils et elles viennent de découvrir eux-mêmes la personne avec des informations sur les urgences mais sans avoir eu le temps de recevoir des informations pertinentes sur l'histoire du patient et les objectifs de soins à plus long terme que la journée ! En effet, le nouveau principe est de connaître l'essentiel et le plus urgent mais les patients ont droit à plus que cela !

Ce n'est pas « *Amener plus de sens au travail des soignants dans leur prise en charge quotidienne des patients* » car on demande aux soignants de changer le sens de sa mission, de changer la perception de lui-même à son travail et même de lui-même afin qu'il se sente totalement interchangeable pour répondre à votre volonté d'une standardisation minutée des soins qui est absurde dans le contexte des soins et encore plus en gériatrie reconnu comme une spécialité oh combien complexe.

Il est démontré par les enquêtes sociologiques sur le Lean Management que le gros point noir de cette gestion est les conséquences très néfastes pour la santé et la sécurité du personnel. Nous dénonçons le fait d'utiliser les soignants eux-mêmes pour s'observer entre eux afin de débusquer les temps « gaspillés », pour réfléchir comment « faire sans », et qui se retrouvent en réalité manipulés afin de couper la branche sur laquelle ils sont eux-mêmes assis ! Et vous ne manquez pas de recueillir leurs doléances afin de leur faire comprendre qu'une autre « organisation » sera salubre et que des personnes bien intentionnées seront là pour les aider aux changements ! Le personnel vous entend dire que sa satisfaction est importante mais il ressent surtout que c'est sa « rentabilité ». Nous dénonçons par la même que la hiérarchie soit, elle aussi, observatrice de ses propres collaborateurs.

L'attaque faite aux pauses **tout-e-s ensemble** est une attaque directe à la vie et l'esprit d'équipe qui est absolument nécessaire pour permettre aux soignants de résister à la difficulté reconnue du temps passé en contact direct avec le corps des patients, la maladie, la vieillesse et la mort.

Le personnel tombe malade ou, ressentant considérablement la pression dû au non remplacement jusqu'au 5e jour, préfère tirer sur sa santé. S'il est absent 3 fois il entend qu'il devrait penser à réduire son taux d'activité et son salaire pour supporter les conditions de travail qui lui sont imposées, dans le contexte pour les aides soignant-es de prime d'inconvénient de service abusivement diminuée. Pour pallier les 5 jours de carence, les soignants acceptent des changements d'horaires pour ne pas ressentir de culpabilité mais mettent à mal leur vie privée.

Et d'autres encore, personnel intérimaire, fait ce qu'il peut pour maintenir un « suivi » des patients dans le contexte des conditions de rythme de travail des agences de placement qui ne font pas cas de 6 jours d'affilée et des bascules horaires.

Le SSP dénonce cette course où chacun doit se dépasser en permanence, pour atteindre un idéal de plus en plus exigeant et irréaliste. Où la seule valeur reconnue du soignant est sa fonction productive. Le sens du travail des soignants dans le service public qui est tourné vers autrui, devient une expérience solitaire qui amène une intrusion destructrice dans le psychisme, un effondrement de la confiance en soi et en les autres. Le SSP entend le personnel se demander « s'il est possible de n'être que productive et rien d'autre ? » ; « si la réflexion et le temps d'échange entre professionnels de santé autour d'une situation de patient est devenue contraire à la « production » d'une qualité des soins ? » ; et exprimer « n'être que productif cela n'existe pas dans la vraie vie ! Et encore moins dans les soins aux êtres humains ! » ; « se sentir déstabilisé en cautionnant le système politiquement incorrect ». Le SSP dénonce les nouvelles grilles d'évaluation qui fragilisent par des objectifs souvent absurdes et ce, dans un contexte d'équipes cassées.

Les soignants ont besoin de travailler au sein d'équipes dont émanent un climat de respect, de sécurité, de confiance et de sérénité, et de ne pas subir de maltraitance afin d'être à même de bienveillance auprès de la personne âgées. Nous espérons que des incidents graves ne se produisent pas chez les patients mais aussi chez les soignants car dans le passé, comme vous le savez, de tels bouleversements ont pu provoquer des drames chez le personnel. Le SSP entend depuis le mois de mai les soignants dire qu'ils ne sont jamais sentis aussi fragilisés et aussi près de cet état d'épuisement professionnel, physique, émotionnel et mental qui est le Burn-Out.

Nous vous demandons donc de prendre les mesures nécessaires pour préserver la santé et la sécurité du personnel et pour stopper la dégradation des conditions de travail et de prendre fait et cause pour les personnes âgées et les soignants :

- En décidant d'un moratoire sur la mise en place à marche forcée du Lean Management qui ne correspond absolument pas à l'organisation des soins et encore moins avec des personnes âgées !
- En augmentant le nombre d'équivalents temps plein dans la dotation globale
- En remplaçant le personnel en arrêt maladie dès le 1er jour et en supprimant la carence de 5 jours

Dans l'attente de votre réponse, nous vous adressons, Monsieur le Directeur général, Monsieur le Président du Comité de gestion, nos meilleures salutations.

Sabine Furrer, secrétaire syndicale : 022.741.50.82 s.furrer@sspge.ch

Martin Malinovsky, terrain : 076.576.84.20

Facebook : [facebook.com/ssp.geneve](https://www.facebook.com/ssp.geneve)

Vous syndiquez en ligne : <https://geneve.ssp-vpod.ch/nous-rejoindre/adhesion/>

Syndicat des Services Publics - Genève



Informations SSP HUG Trois-Chêne déc 2019

La fable PTP « faire plus vite en prenant son temps »

La Direction, par lettre, a opposé un déni au SSP qui dénonçait en juillet les conséquences déplorables de la fusion des unités de soins **en unités de 30 ou 31 lits et en secteur de 10 ou 11 lits à l'hôpital des Trois-Chêne !** Pourtant les points de notre lettre étaient clairs, factuels et clamaient des réponses.

Le SSP affirme que des soignant-e-s « tournant » sur 30, voire 31 patients âgés, sont en difficulté pour sauvegarder la qualité des soins et suivre leur évolution de santé. Que la lecture des dossiers ne peut suffire à la connaissance des patients. Que les soignant-e-s sont pris dans le cercle vicieux de ne pas avoir le temps de lire les dossiers ni de les mettre à jour ... faute de temps et de connaissance. Le SSP affirme que l'organisation PTP ne peut pas résoudre les problèmes d'unité de 30 lits et que les colloques des soignant-e-s, tous ensemble, étudiant la prise en soins des patients sont primordiaux.

Le SSP s'interroge, sur les raisons de la poursuite de cette « implémentation ». Il se demande s'il ne s'agit pas d'un effet nommé « escalade d'engagement » comme nous le démontrerait R-V JOULE et J-L BEAUVOIS dans leur livre « Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens » (p43). Nos responsables ne sauraient peut-être plus comment dire stop car ils se sentiraient « trop investis pour abandonner » (p47) et se conforteraient ensemble dans leur décision de suivre le mouvement, sans même oser dire leur doute. Autrement dit, une « persévération » (p47) accentuée par la dilution des responsabilités (p9) et par les coûts financiers et en énergie humaine déjà dépensés.

Le SSP interpelle une nouvelle fois la Direction et le Chef du département, par courrier avec des questions sur les budgets, le nombre de postes par professions, le ratio patient/soignant-e-s, le taux d'absentéisme, le nombre de lits « aigu et réadaptation » et son corollaire, celui des attentes de transfert.

Le SSP demande à tous d'oser se poser des questions comme le font déjà les soignant-e-s des équipes pilote du Cantonal (qui reviennent en arrière), mais aussi comme certains députés du Grand Conseil et des journalistes !

Et en fait qu'est-ce qu'est PTP ? : Pour le SSP, une perversion des missions de soins



Le livre, à la couverture verte, « Plus de Temps pour les Patients » tente de rassurer les lecteurs. Il a été écrit par 5 consultants D WALKER, M ALKALAY, M KAMPFER, R ROTH et F FISCHER, et publié par les HUG. L'approche Lean ne serait « pas synonyme de production à la chaîne » (p5) et « les patients ne sont pas des voitures » (p1) et prévient du « scepticisme justifié » et « des préjugés » du personnel.

La lecture du livret PTP est cependant édifiante ! Un vrai manuel de manipulation intellectuelle. Nous y lisons des exemples de comparaisons d'organisations hospitalières avec les avions, ou avec Amazon (p8). Ou encore de nombreux éléments de langage comme celui-ci « de manière exagérée » qui est choisi devant la phrase, « on pourrait dire que de nombreux hôpitaux gèrent leurs unités de soins telles des entrepôts » (p14).

Ce livret est une magnifique publicité pour acheter les services de consultants qui vendent sûrement très chère une méthode vantant durant 200 pages que « le côté pratique de la pensée Lean est qu'elle ne diffuse pas de solution clé en main mais des principes permettant d'améliorer le quotidien » (p57) ! **Donc pas de solutions mais une demande explicite au personnel de se sentir en défi de les trouver ! Exit les moyens !**

Quels sont les objectifs des 5 managers et de la Direction pour les HUG ?

Que les HUG, et donc les équipes, se mettent en concurrence avec les autres hôpitaux et cliniques grâce à des « indicateurs de performance » choisis pour faire des courbes : nombre de chutes, nombre d'apparition d'escarres (seules les apparitions comptent), nombre d'apparitions d'état d'agitation et satisfaction des patients. **L'essentiel selon le SSP n'est plus « de bien faire » mais « de bien vendre » !**

Selon les 5 conseillers, les hôpitaux Lean se tromperaient s'ils pensaient « faire rapidement des économies », mais leurs objectifs sont d'obtenir « une bonne note [qui] augmenterait leur marge car ils attireraient des patients avec des assurances complémentaires » et les « patients satisfaits engendreraient une amélioration économique » (p64). Le Lean PTP ne serait pas une « approche masquée » (p14) visant à réduire les effectifs mais cependant un hôpital Lean « peut combler l'écart de la pénurie de personnel » (p14), diminuer des heures supplémentaires et alors « le gain de productivité n'est que la cerise sur la gâteau » (p19).

Que propose ce livret de révolutionnaire ... ?

De réduire la durée d'hospitalisation « sans attendre que les patients y soient prêts » et « d'être systématique sur les durées de séjour » (p15). De réduire la fréquence des prises de tension ; de diminuer la fréquence de réfection des pansements (p47) ; d'augmenter la responsabilité des infirmières pour diminuer la présence des médecins (p29) ; De Lutter contre le déséquilibre de la charge de travail sur la journée (p38) : sans émettre de proposition. D'intégrer la sous-traitance (p14) : ... et les conséquences délétères sur les conditions de travail. D'intensifier le travail : ce qui est déjà effectif de 17% par personnel, selon le rapport du Conseil d'Etat entre 2012 et 2015 (tract SSP sur « le Remaniement des départements, les 4 plaies des HUG »)

D'appliquer des standards comme un mirage du « NORMALEMENT » ou de la « THEORIE » !

Et dans la pratique, qu'a « acheté » la Direction justifiant un tel déploiement de personnels en réunions PTP encadrés par des hauts cadres et des consultants hyper-payés ?

Une équipe « pilote » de soignant-e-s, pour certains intégrés d'office, qui ne peuvent exprimer leur doute sans qu'on les menace d'être signalés à leur IRES.

« GEMBA » : observer les soignant-e-s pour le fameux dessin « spaghetti » qui se veut à lui tout seul l'argument emblématique de la pub Lean et qui se retrouve dans tous les ouvrages de management. Observation, pour rappel, bien mal vécue lorsque la hiérarchie était spectatrice. (Bulletin SSP 08.19)).

« BIG BANG » ! : changer une méthode de travail en UN jour, c'est le nom donné au procédé vendu.

Des tableaux : soit dans certaines unités 53 tableaux à mettre à jour ! C'est un retour en arrière lorsque l'on sait que les risques d'erreur sont corrélés au nombre de supports. Qui devraient selon, le livret, respecter « la règle des 3x3 : les 3 priorités sont claires en l'espace de 3 secondes à une distance de 3 pas » (p73).

Des barres de 10 cm, aux 3 couleurs vert, jaune, rouge, fixées au mur et mobiles pour demander de l'aide qui ne peut être apportée dans le contexte de manque de personnel (tract SSP « l'hôpital au régime Toyota).

« HUDDLE » : tous debout dans le couloir sans aucune discrétion, où les patient-e-s sont désignés par le numéro de chambre (là aussi retour en arrière) ! Au détriment des patient-e-s qui attendent parfois sur les toilettes ...

Des transmissions qui se font au lit du patient (gain pour le patient) mais une pénibilité supplémentaire non prise en compte. *Rappel du tract de 2018 : « Je fais les transmissions debout, j'administre des soins debout, je réfléchis debout, j'écris debout. Bientôt, ils vont enlever les chaises dans la tisanerie et à la cafétéria. »*

Le transfert d'un-e soignant-e à une fonction de « coordinateur » : multitâches +++ ; 1 seul téléphone, 1 seule clé. Un tel défi que certains soignant-e-s aimeraient ne pas être à ce poste !

Le transfert d'un-e infirmier-e et d'un-e d'aide-soignant-e à une fonction dite « transverse » : toujours un retour en arrière avec une fonction de soins à la tâche, sans aucune connaissance du patient !

« KAIZEN » des moments durant lesquels la discussion tourne autour de qui déshabiller de Pierre ou de Paul !

Des visites de M. le Directeur, selon le 12^e principe « Toyota » de « se rendre sur le terrain pour voir ce qu'il se passe » (p58). Il a pu, en octobre, entendre le personnel exprimer sa grogne devant la persistance de ce projet.

Et au final quelle est la réalité ? ... des toilettes l'après-midi ?

Du côté du patient, Monsieur Patientèle (M.P.) voit un défilé de soignant-e-s :

François, l'infirmier de nuit à 5h30 fait la prise de sang (1^{er} souhait des patients « laissez-moi dormir » (p63))

Bertrand, l'aide-soignant, affecté au secteur le réveille à nouveau à 7h30 (pour les 7P ; mise à jour du tableau)

Sandra, Assistante en Soins et Santé Communautaire, lui prend la tension et contrôle ses médicaments

Arnaud, l'aide-soignant intérimaire « transverse » à la tâche, fait avant le petit déjeuner sa toilette au lit et M.P. lui dit regretter de ne pas avoir été douché depuis plus d'une semaine.

Pauline, lui apporte le petit-déjeuner froid sans avoir le temps de l'installer correctement.

Christophe, l'infirmier « transverse » qui travaille à la tâche lui fait son pansement d'escarre sacrée. MP lui dit qu'il n'a pas été levé depuis 3 jours et Christophe lui dit il n'y a pas de physiothérapie pour lui.

Sophie, l'infirmière, du Colloque Interdisciplinaire, suit le chef de clinique et l'interne pour la visite médicale.

Helena, l'infirmière de liaison vient pour lui proposer des soins que l'IMAD pourra lui dispenser à domicile.

Charline, l'infirmière « coordinatrice » vient lui poser des questions pour son transport le jour de sa sortie et tente d'établir une feuille de transfert pertinente pour l'Imad alors qu'elle ne connaît M.P. que du jour.

Du côté des soignant-e-s une gageure dans le contexte de soins en gériatrie combien complexes :

La matinée de Sandra, ASSC, est bien loin de Rose Sénéchal, l'exemple du livret vert, qui revient de vacances (page 94) toute souriante de travailler dans une équipe PTP. Rose finit son tour à l'heure où Sandra commence le sien ! Et comme Bertrand l'aide-soignant est en train de commencer les toilettes et bien Sandra est souvent la 1^{ere} à entrer dans la chambre. Elle fait ce qu'elle peut pour ne pas perdre de temps (retirer les chaises percées, mettre les vases, etc.) : **1 h pour soigner 10 patients qu'elle ne connaît pas avant 8h50 moment Huddle ! Sans compter qu'elle s'encoule avec les fils de l'ordinateur, celui du tensiomètre, celui de la douche d'identification avec les pieds du lit. Que la session ne reconnait pas ses empreintes digitales, qu'elle téléphone au 24040 et qu'elle finit par écrire rapidement debout en phonétique. Elle est payée classe 10 et endosse les mêmes responsabilités que les infirmières classe 15 !**

Bertrand, l'aide-soignant, responsable de l'hygiène corporelle de 10 patients, débute les toilettes avant le petit-déjeuner **même s'il sent qu'il brusque les patients**. Il lave les appareils dentaires, pose la colle, pose les appareils auditifs, vérifie les piles, choisit les protections adaptées, vérifie les transits, accompagne aux toilettes, aide à utiliser le papier toilette, aide à se laver les mains, encourage à marcher, donne l'auxiliaire de marche, utilise des élévateurs patients, choisit le matériel adapté, encourage à boire, épaissit les liquides, fait des bilans boissons, vérifie les prises alimentaires, aide aux repas, mesure des mictions ... et nettoie l'office, les armoires ... **Il est payé classe 8, subit les mêmes inconvénients de service que les autres profession avec une prime salariale, dite de gériatrie diminuée de moitié illégalement depuis 2011.**

Charline, l'infirmière coordinatrice, après avoir tenté de prendre la mesure de la charge de travail en 15 min lors des transmissions du matin pour **31 patients**, court après les informations, s'occupe des entrées et sorties en augmentation. Ecrit des feuilles de transfert pour l'Imad sans connaître le patient. Porte le téléphone avec la ligne déviée des médecins lors des visites. Tente de répondre à ces collègues sous tension, en espérant qu'il n'y est pas, ce jour-là, une décompensation ce qui arrive, somme toute, régulièrement en milieu hospitalier ; et espère que, si nécessaire, il y aura de la place en soins aigus.

Elle attend sa formation « coach » pour apprendre à manager l'équipe afin qu'elle garde le « sourire » ... !

Sophie, l'infirmière CIR, sortie des soins 2x/sem dès 7h, prend connaissance de 15 ou 16 dossiers patients et participe au colloque Interdisciplinaire afin de remplir des documents sur des objectifs à atteindre pour chaque patients. Elle se charge des dossiers patients informatisés laissés à l'abandon par **MANQUE de CONNAISSANCE et de TEMPS ! Les médecins et les soignant-e-s sont totalement débordés par les documentations justifiant auprès des assurances leur bonne foi quant aux soins qu'ils dispensent ...**

Le leurre de la « sanctuarisation » de la visite médicale avec un-e infirmier-e CONNAISSANT les patients :

La disponibilité des infirmiers-e-s et ASSC pour être présent-e-s aux visites médicale en **connaissant** les patients visités, est **impossible à planifier dans des unités de 30 lits !**

Sans compter tous les critères à prendre en compte : les jours de visite de l'interne; ceux des chefs de cliniques; des médecins adjoints; des CIR; les jours d'absences connus ou pas de l'interne (remplacé par un ou une qui ne connaît pas les patients); leur tournus environ toutes les 3 semaines !

Penser que la « bonne volonté » de participer au HUDDLE est la solution est méprisant !

Les médecins sont témoins que la réponse la plus usitée des soignant-e-s à propos des patients est **« je ne sais pas car je ne le connais que d'aujourd'hui »**

Le SSP déclare que la perte du partage d'expériences et de savoirs est catastrophique.

Quelle est la pensée Lean ?

La pensée Lean demande la *ferveur* du personnel à participer à tous les défis et qu'ils s'en contente ... même si la réalité de son vécu est une *désorganisation* ! C'est ce que nous apprennent V. DE GAULEJAC et F. HANIQUE dans leur ouvrage « Le capitalisme paradoxant, un système qui rend fou ». Et, par conséquence, l'évaluation du personnel « ne porte plus sur le travail effectif mais sur la *bonne volonté* mise à s'engager dans les projets » (p103). Par exemple, ce qui est considéré comme un bon point est d'être à l'heure au Huddle, même si c'est au détriment d'un patient laissé sur une chaise percée.

La pensée Lean « évite de voir les contradictions plutôt que de les résoudre » (p75). Les managers Lean évitent de parler du fait que, suite à la découpe à la tâche, 9 personnes s'occupent d'un patient sans le connaître ! Les 2 sociologues nous expliquent ainsi que **la responsabilité** des dysfonctionnements est attribuée au personnel. Celle des HUG, **sur les moyens à mettre à la disposition** est mise sous le tapis.

Dans un « discours incantatoire » (p125), la pensée Lean promet « un monde imaginaire idéal, dans lequel la performance et l'excellence n'auraient pas de limite » (p86). Dans la vie réelle, les soignant-e-s se confrontent à la limite des moyens donnés pour sauvegarder la qualité des soins et l'ambiance est épuisante ...

Tout le monde fait semblant de croire à ce discours ou est sommé de le faire ... provoquant de grande souffrance : trop de soignant-e-s sont en pleurs ! C'est inadmissible !

Et si pour la Direction « toute pensée critique est considérée comme démobilisatrice, démoralisatrice (et) donc nuisible » (p146), **nous NE RENONCONS PAS à dénoncer la fable « LEAN PTP »**. Nous pensons, comme Jacques Généreux, que « la seule finalité légitime de l'économie est le bien être des hommes, à commencer par ceux des plus démunis » (p6) ... **les personnes âgées.**

Nous exigeons les moyens de respecter les âgés; le retour aux unités de 15 lits, des équipes renforcées, ainsi que les revendications de la lettre de juillet !

Sabine Furrer, secrétaire syndicale : 022.741.50.82 s.furrer@sspqe.ch
Martin Malinowski, terrain : 076.576.84.20

[Facebook : facebook.com/ssp.geneve](https://www.facebook.com/ssp.geneve)

[Vous syndiquez en ligne : https://www.geneve.ssp-vpod.ch/nous-rejoindre/adhesion/](https://www.geneve.ssp-vpod.ch/nous-rejoindre/adhesion/)