

*Date de dépôt : 17 octobre 2016*

## **Rapport**

**de la Commission des finances chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat accordant une indemnité annuelle de fonctionnement à l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour les années 2016 à 2019**

**Rapport de M<sup>me</sup> Lydia Schneider Hausser**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La Commission des finances a étudié le projet de loi en question lors de ses séances des 15, 22 et 29 juin ainsi que du 21 septembre 2016 sous la présidence respective de M. Jean Sanchez, puis de M. Roger Deneys. La Commission des finances a été assistée par M. Raphaël Audria.

Les procès-verbaux de ces séances ont été rédigés par M. Gérard Riedi.

Que toutes ces personnes soient remerciées du soutien apporté à la commission.

**Audition du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) représenté par M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, M. Marc Brunazzi, directeur administratif et financier, M. Michel Clavel, directeur financier, et M. Adrien Bron, directeur général de la santé**

M. Bron introduit le PL 11844 concernant le contrat de prestations 2016-2019 avec l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD). Il s'agit du 3<sup>e</sup> contrat de prestations conclu avec l'IMAD. Il signale qu'il s'inscrit dans un contexte de vieillissement rapide de la population et d'augmentation des besoins en soins de façon générale, notamment d'augmentation des maladies chroniques. L'évolution démographique assez marquante est détaillée dans la planification sanitaire cantonale ; le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans va doubler d'ici 2040 et ce sont les tranches de population qui ont besoin

de soins. Ces prévisions montrent qu'une intensification des besoins va être créée auprès des institutions de soins à domicile.

La planification sanitaire a également été établie pour la période 2016-2019, elle est la base des négociations des contrats de prestations dans le domaine de la santé. Elle détaille des augmentations conséquentes dans les soins à domicile de l'ordre de 4,5 % par année. Le choix stratégique du Conseil d'Etat est clair : un accent est mis sur les soins à domicile afin de faire face à cette augmentation des besoins de soins. Le choix stratégique opéré depuis plusieurs années est ainsi poursuivi, avec néanmoins une accentuation des attentes vis-à-vis des soins à domicile, notamment en capacité d'exploitation des structures intermédiaires, de prise en charge plus spécifique pour les malades psychiques, de plans d'actions visant à répondre à une augmentation des besoins en hospitalisations gériatriques et en réadaptation. Le résultat de tous ces choix stratégiques est d'avoir une surpondération des soins à domicile et de proposer une augmentation annuelle de 4,5 % des heures de soins à domicile. Celle-ci peut sembler importante, mais elle est en deçà de la réalité vécue par l'IMAD ces dernières années puisque les augmentations annuelles des heures de soins étaient plutôt de l'ordre de 7,5 à 8 %. Cette augmentation était donc bien au-delà de ce qui était planifié avec une simple corrélation du recours aux soins à un instant T par rapport à l'évolution démographique. Cela démontre qu'il y a une habitude de consommation des patients et de prescription des soins à domicile par les médecins. Cette évolution est profitable au réseau de soins car ainsi, dans un canton comme Genève, le taux de recours aux EMS est bien inférieur à la moyenne suisse et à ce que connaissent d'autres cantons. Cet écart entre la prévision et la réalité montre aussi que l'institution de maintien à domicile a fait, durant les quatre années passées, un effort d'efficience. Elle a dû assumer ces heures de soins à domicile, vu son obligation d'admettre. Leur quantité a été bien supérieure à ce qui avait été planifié tandis que l'IMAD a, au contraire, eu des allocations de ressources qui étaient plutôt inférieures à ce qui était prévu au contrat de prestations. Actuellement, un rééquilibrage doit être fait pour que les taux de charge soient adéquats. Le contrat de prestations soumis aux commissaires est une proposition raisonnable entre la planification sanitaire et le constat de la véritable évolution de cette institution durant les quatre années précédentes.

Ces 4,5 % sont constitués avant tout de l'évolution des besoins d'heures de soins (c'est-à-dire des soins prescrits LAMal), ce qui est corrélé avec une diminution des heures d'aide pratique. L'IMAD accorde à la fois une aide pratique et des soins prescrits par des médecins (c'est-à-dire des soins facturés selon la LAMal et l'ordonnance sur les prestations des assurances sociales (OPAS)). Le nombre de clients qui ont recours à l'aide pratique a plutôt

tendance à diminuer et l'IMAD se recentre sur ce qui est nécessaire comme aide pratique dans une politique de maintien à domicile, ce qui est souvent corrélé à des besoins en soins, mais pas exclusivement. Ces 4,5 % permettent également d'assumer l'exploitation des structures intermédiaires à l'IMAD. Il faut savoir que l'IMAD exploite deux sites d'unités d'accueil temporaire de répit (UATR) ainsi que les immeubles avec encadrement pour les personnes âgées (IEPA).

Un accent particulier est mis, dans ce contrat de prestations, sur l'effort de formation attendu par l'IMAD. Il répond aussi aux besoins qui sont identifiés dans la planification sanitaire cantonale. En effet, un grand tournus du personnel de santé est observé et l'IMAD doit aller au-delà des efforts conséquents déjà réalisés dans la formation de la relève, notamment pour les professions comme les assistants en soins et santé communautaires (ASSC). L'IMAD devrait pouvoir tripler la capacité de formation, répondant en cela aux besoins du DIP en termes de capacité de stages et d'encadrement des stagiaires.

Le contrat de prestations reprend les quatre quadrants de prestations du précédent contrat :

- les prestations de base de soins selon la LAMal et l'aide pratique qui est le cœur de métier de l'IMAD ;
- les prestations de formation, soutenues avec une allocation de ressources spécifiques ;
- les prestations d'intérêt général telles que les repas communautaires qui ne sont pas directement liés à une facturation, la différence étant qu'il n'y a pas de prestations facturables selon la LAMal ;
- les prestations dites sociales (c'est-à-dire des modules de prix en application du RDU, qui permettent de maintenir dans un dispositif de maintien à domicile avec des tarifs différenciés les personnes au bénéfice du RDU).

Ces quatre modalités de financement déterminent l'allocation proposée à l'IMAD pour les quatre ans à venir.

L'autre élément identique est le dispositif législatif et le contrat de prestations qui prévoit la primauté du vote budgétaire. Comme les commissaires le savent, une prévision budgétaire quadriennale telle que demandée par la LIAF est un peu compliquée à faire. Cela étant, il est important de comprendre qu'un objectif d'accomplissement de la planification sanitaire associé à une allocation des ressources correspondant à ces prestations figure dans ces contrats de prestations et dans le dispositif législatif. Pour autant, chaque année le vote du budget prime, ce qui est un élément

important à rappeler au moment de voter un contrat de prestations qui définit un certain nombre de prestations sur quatre ans.

La première nouveauté, dans ce contrat, est l'existence d'un mécanisme de régulation qui a fait défaut dans le contrat précédent. L'IMAD a ainsi été pris en tenaille entre l'obligation d'admettre, intrinsèque à l'institution publique, bras armé de la politique de maintien à domicile, et l'évolution sociale qui conduit à avoir un recours aux soins à domicile beaucoup plus intense que précédemment. Pour exemple citons le lien, notamment, avec la diminution de la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier et la politique consistant à retarder l'entrée en EMS. Afin ne pas être en tension permanente entre cette évolution plus rapide des besoins et les prestations planifiées et pour être en mesure de respecter l'obligation d'admettre, un mécanisme de régulation est proposé. Ce dernier suit l'évolution des heures de soins LAMal prestées en fonction du réalisé réel en complément de ce qui est inscrit dans le contrat de prestations et il oblige, dans le cadre du contrat de prestations, à rediscuter de la juste allocation de ressources pour suivre l'évolution des prestations offertes par l'IMAD.

La deuxième nouveauté importante est la proposition de créer un fonds pour des projets de réseau de soins. En effet, nous sommes souvent pris en défaut avec un manque d'agilité pour répondre à des besoins nouveaux qui seraient collectivement très utiles pour diminuer l'impact financier lié à l'évolution du recours aux soins. Cela concerne des projets qui feraient sens de façon collective comme une meilleure coordination des institutions ou une souplesse des silos de financement. Sur ce dernier point, un financement est donné à des institutions pour faire uniquement le travail qui est attendu d'elles, mais pas vraiment pour avoir une coordination globale qui serait bénéfique pour les patients, pour la qualité du système de santé et pour l'efficacité collective du réseau de soins. Pour que cela n'ait pas un impact financier trop important, la proposition est de mettre 2 fois 5 % du non-dépensé au total, ceci autant sur la part de l'Etat que sur la part qui revient aux institutions. Ces montants resteraient dans les fonds propres des institutions pour financer des projets qui feraient sens collectivement et qui seraient décidés conjointement par les institutions et le Conseil d'Etat.

Le contrat de prestations est un élément capital de la réalisation de la planification sanitaire cantonale puisqu'on est vraiment dans une situation de tension forte par rapport aux évolutions de la société sur les structures de soins stationnaires. Les dispositifs des structures intermédiaires, qui sont une des priorités de la réponse gouvernementale à l'évolution des besoins en soins, et le maintien à domicile doivent pouvoir s'appuyer sur un acteur fort. C'est au fond ce qui est proposé avec ce contrat de prestations.

## Discussion

Un député UDC fait une remarque par rapport à l'art. 2 traitant, notamment, d'une indemnité complémentaire de fonctionnement destinée à couvrir les besoins spécifiques d'effort de formation supplémentaire de l'IMAD. Lors de la dernière séance du Grand Conseil, eu égard à l'Institut universitaire de formation des enseignants (IUFÉ) et la diminution de la durée de formation des enseignants de 4 à 3 ans, un député PDC relevait la tendance à trop former les gens, à donner des surévaluations ; il demandait à baisser tout ceci. Le député UDC demande s'il est prévu d'étudier les qualifications nécessaires pour les tâches générales sans courir sans arrêt à la formation complémentaire. Dans le cadre de l'IMAD, pourrait-on trouver l'équivalent de ce qui est imposé aux enseignants ?

M. Bron signale que l'effort de formation fait en faveur des ASSC va dans le sens de la remarque du député. La promotion de ces nouvelles professions, est une réflexion sur ce qui est nécessaire comme « skill-mix », c'est-à-dire de savoir quelles sont les compétences à avoir face à un patient et d'avoir la meilleure délégation possible d'actes en gardant des actes techniques pour tous ceux qui sont compétents pour le faire, mais en déléguant tout ce qui n'est pas nécessairement confié à une infirmière ou à un médecin. La formation d'ASSC et le grand effort fait dans ce domaine visent précisément à avoir cette souplesse, ce qui n'est pas sans créer des frictions, puisque ce sont des changements non nuls par rapport à l'équipe traditionnelle (souvent réduite) de soins à domicile. Il s'agit de ne pas avoir besoin d'envoyer systématiquement des infirmiers ou infirmières pour faire tous les actes et d'avoir une réflexion sur ce qui est délégué. Ces changements doivent être bien encadrés, mais cette réflexion sous-tend des efforts si cela est fait en gardant une qualité des soins optimaux. En effet, le manque de qualité c'est que ce qui coûte cher, et la qualité c'est ce qui est efficient. Il n'y a donc pas de compromis sur la formation. Par contre, il faut avoir une bonne réflexion sur la bonne compétence au bon endroit et être parcimonieux dans l'usage des compétences.

Un député PLR trouve cela assez inquiétant malgré tout. Il ne sait pas comment l'Etat va pouvoir continuer à financer ces choses dans les années futures. Concernant la planification sanitaire cantonale, les membres de la Commission de la santé ont vu qu'il faudra engager entre 400 et 800 professionnels de la santé par année, ce qui représente entre 40 et 80 millions de francs au minimum de coûts supplémentaires pour les finances de l'Etat. Il y a un vrai gros souci et, à un moment, il faudra savoir jusqu'où nous allons dans les prestations. Devons-nous continuer à faire certaines choses ? Ici, c'est une demande qui est directement dépendante de l'offre, c'est-à-dire si l'offre augmente parce qu'il y a de la demande, mais il n'y a en

fait jamais d'équilibre. De toute façon, il faudra payer pour continuer à donner ce que les gens demandent. Concernant l'augmentation de la population âgée, M. Bron a cité une augmentation de 60 % d'ici 2040 des personnes de plus de 65 ans et de plus du double pour les personnes de plus de 80 ans. L'augmentation est déjà de 5,8 % en 2017 par rapport à 2016, comment ces 4,5 % sont-ils calculés ?

M. Bron explique qu'il s'agit d'une augmentation de 4,5 % des soins, sachant qu'il y a aussi des structures intermédiaires qui interviennent.

Le député PLR estime que les commissaires n'ont pas vraiment de points de comparaison et ils ne savent pas si c'est justifié ou non. Ainsi, comment dire si un bout de l'augmentation de 5,8 % prévue peut être ôtée ? M. Bron dit clairement qu'il y a déjà, par rapport au nombre d'heures qui sont dispensées par l'IMAD, 8 % d'augmentation du nombre d'heures alors que seuls 4,5 % sont demandés dans le cadre du contrat de prestations. Il y a donc aussi des gains d'efficacité qui sont faits. Le député PLR ne sait pas où cela pourra s'arrêter. Pour exemple, il y a de grosses discussions dans cette commission par rapport aux TPG, où un intérêt public est nommé pour intervenir. A nouveau pour l'IMAD, il y a un intérêt public et il faut le faire. Finalement, tout a un intérêt public puisque ce sont des politiques publiques. Le député PLR ne dit pas que cela ne sera pas voté, parce que nous n'avons pas vraiment le choix, mais il se demande comment ces augmentations peuvent être contenues. Le vieillissement de la population et l'augmentation du coût des soins pour le canton de Genève est une bombe à retardement encore plus grave que la CPEG à terme.

M. Bron indique, par rapport à la formation, que le rapport de planification sanitaire identifie entre 400 et 800 personnes à embaucher chaque année d'ici 2020. Il ne s'agit toutefois pas de 400 à 800 nouveaux postes puisque cela tient compte non seulement de l'évolution des structures qui vont augmenter mais également du tournus de remplacement en fonction de la durée de vie. Maintenant, il y a un besoin de réflexion sur le quota de formation offert pour ces 400 à 800 personnes. Il faut savoir si nous voulons aller chercher tous ces professionnels ailleurs qu'à Genève ou si nous voulons que la moitié ou les deux tiers d'entre eux soient formés ici. Dans la situation actuelle, nous sommes un peu en dessous de la moitié et il faut se demander si nous voulons aller au-delà. C'est un objectif stratégique puisqu'une telle dépendance, à un moment où tous les systèmes de santé vont se tendre dans le monde développé, est potentiellement dangereuse. Quant à la question de l'évolution, M. Bron donne partiellement raison au député PLR. Le débat ne fait que commencer. Une phase de forte augmentation des besoins en soins est en cours depuis le début de la décennie. Il y a également une mutation démographique très rapide

à l'échelle des considérations démographiques avec, tous les dix ans, une augmentation de l'espérance de vie de deux ans. Quant à l'espérance de vie en bonne santé, elle ne croît pas de façon corrélée. Il y a donc une augmentation des besoins en soins qui est évidente. Ensuite, le débat est de savoir si des compromis sur les soins à offrir est voulu ou pas.

La proposition est que, pour autant que de bonnes réflexions sur le maintien à domicile et le développement de structures intermédiaires soient réalisées, l'impact sur les hospitalisations et les EMS est considérablement diminué ; à Genève, la démonstration peut être faite. Il est important d'avoir un acteur comme l'IMAD qui soit fort pour affronter au mieux la réalité de cette problématique et pour donner la bonne réponse à cette évolution démographique. Par rapport à l'évolution incontrôlée des besoins, une institution comme l'IMAD va faire une évaluation systématique des besoins en soins des clients, ce qui garantit que nous ne sommes pas dans un self-service. L'évaluation doit être normée et scientifiquement éprouvée pour dire que ce n'est pas farfelu et valider les interventions. Une véritable évaluation de l'état de santé atteste le fait qu'un patient a besoin de soins spécifiques. Cela permet d'avoir une régulation sur les besoins qui n'existe d'ailleurs pas dans beaucoup d'autres domaines de la santé, notamment dans le domaine de la médecine ambulatoire. Avoir un acteur comme l'IMAD évite des hospitalisations, retarde l'entrée en EMS et garantit une bonne évaluation des besoins en soins est un atout très précieux pour affronter les évolutions redoutées, non sans raison, par le député PLR.

Le député PLR note qu'une étude a été faite sur le coût d'un lit en EMS. Il a été évalué en moyenne suisse à 25 000 F, Appenzell étant sauf erreur à 11 000 F et Bâle à 33 000 F. A quel niveau se situe le canton de Genève ?

M. Poggia relève que le député PLR parle d'une étude récente dont il n'a pas encore eu le temps d'étudier dans le détail ; il propose de faire parvenir cette étude aux commissaires s'ils le souhaitent. Toutefois, le coût actuel dans les EMS genevois est aux alentours de 10 000 F par mois.

Le député relève que c'est précisément ce qui l'a choqué en voyant cette étude parce qu'il pensait à ce coût d'environ 10 000 F par mois à Genève.

M. Bron précise que cette étude compare des coûts bruts. La totalité de la différence par rapport à la moyenne suisse est due au niveau des salaires à Genève. Il n'y a pas d'autres différences identifiées.

Un député MCG donne raison au député PLR lorsqu'il dit que tout cela donne le vertige. L'équilibre qui se fait entre l'offre et la demande par le biais du prix, dans une économie de marché, se fait ici par les quantités. Lorsque nous avons besoin de 18 000 personnes en milieu hospitalier ou dans les soins

à domicile, il faudrait offrir 18 000 prestations. La question est toutefois un peu particulière dans ce domaine puisque ce coût supplémentaire serait contrebalancé par un coût évité : celui de l'hospitalisation. Le député MCG demande s'il y a un modèle économétrique qui dit que, en mettant 40 millions de francs en plus, cela permet par exemple d'éviter 55 millions de francs d'hospitalisations. En d'autres termes, le franc investit en vaut-il la peine ?

Pour M. Poggia, le plus difficile à démontrer en termes d'économie politique est qu'une dépense est en réalité un investissement qui va permettre d'économiser. Le même problème apparaît dans la politique publique « K Santé » en matière de prévention. Tout le monde comprend bien qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Par contre, la démonstration est toujours difficile. M. Poggia fait remarquer que, si le canton répondait à la préoccupation du vieillissement de la population uniquement par les voies classiques de l'EMS, il faudrait 1200 lits supplémentaires en EMS d'ici dix ans. Or, pour éviter ces 1200 lits, quelques-uns seront tout de même nécessaires. En effet la hausse sera contenue, mais pas évitable. Grâce aux voies alternatives que sont l'aide à domicile et le renforcement de ces voies intermédiaires (UATR et IEPA) dont le processus d'accès a été amélioré dernièrement (le rythme de construction était insuffisant par rapport à la demande prévisible ces prochaines années), aucune ouverture de lit supplémentaire en EMS n'est prévue jusqu'en 2019. Cela représente déjà quelques années de gagnées grâce à cet investissement axé vers l'ambulatoire et la prise en charge à domicile. Cela étant, M. Poggia ne va pas dire que nous pourrions continuer de cette manière après 2019. L'ouverture d'un EMS sera nécessaire pour répondre aux besoins et ne pas être en dessous des nécessités et de la demande. Par rapport à la question du député MCG, l'économétrie du modèle est chiffrable. Sur la base de 1200 places en EMS, d'un coût de la place de 10 000 F par mois et d'un pronostic indiquant le nombre de places nécessaires en EMS, cela permettrait d'évaluer ce qui a été gagné. Par ce biais, le député constatera également que l'investissement fait dans l'aide à domicile est très inférieur à cette différence, sinon le virage n'aurait pas été pris dans cette direction.

Il y a ainsi un gain en qualité puisque le vœu des personnes âgées est généralement de vieillir dans un cadre qui est le leur et pas en EMS (ce qui explique que les personnes arrivent en EMS de plus en plus tard et dans un état de santé de plus en plus mauvais). Cette augmentation de qualité est associée à une augmentation d'efficacité et donc d'économicité.

Ce n'est pas pour rien que toutes les politiques cantonales vont aujourd'hui dans le même sens. La voie de l'EMS doit être gardée pour des cas extrêmes et des situations de fin de vie. Les EMS deviennent ainsi, malheureusement aux yeux de certains, des mouiroirs, parce qu'il n'est pas rare d'y voir des



personnes généralement en chaise roulante. Cela n'a plus rien à voir avec les maisons de retraite, dénomination utilisée précédemment et qui existent encore dans certains cantons alémaniques. A 70 ans et dans une situation d'isolement, une personne aime mieux être dans une maison pour rencontrer des gens et avoir quelques activités de loisirs, faire quelques petits voyages. Mais aujourd'hui, cela se fait de moins en moins parce que les gens sont malheureusement de moins en moins en bon état de santé.

Le député MCG constate que, certes, l'idée d'économies possibles en évitant des hospitalisations ou des entrées en EMS existe, mais aujourd'hui le raisonnement « on a besoin de tant, donc on fournit » n'est plus possible. Le député MCG pense que la réflexion, même en cette matière difficile sur le plan humain, doit être poursuivie sous contrainte de neutralité budgétaire. Si cette discipline n'existe pas, il ne voit pas comment nous allons pouvoir faire.

M. Poggia indique tout d'abord que le DEAS n'est pas dans le « on a besoin, donnez ». Le canton de Genève est un des rares cantons à faire une réelle planification sanitaire globale, comprenant les problèmes liés au vieillissement de la population et leur prise en charge par les EMS, à laquelle il ne manque que l'aspect de la prévoyance. Cette planification sanitaire expose quels sont les besoins linéaires, si rien n'est fait, et quels sont les besoins avec les mesures qui sont prises en charge. Par rapport à la remarque sur la neutralité des coûts, M. Poggia pense que cela serait mentir aux commissaires de dire que la prise en charge de la population vieillissante se fera à coûts constants, d'autant que cette population aura doublé pour les plus de 80 ans. C'est un mensonge que nous ne trouverons dans aucun rapport de pays développé aujourd'hui. Le vieillissement de la population est un problème majeur et l'objectif pour tous est d'essayer de contenir la hausse des coûts liés à ce vieillissement. C'est vrai autant en matière de soins qu'en matière de prestations de retraite ; ce n'est pas pour rien que le report de l'âge de la retraite est évoqué ; il représente aussi un report de charges sur le canton. La réduction du taux de conversion des rentes LPP est abordé, car le constat est qu'il n'y a plus assez de financeurs par rapport aux bénéficiaires ; ceci est vrai aussi en matière de santé. Les conséquences de la vieillesse sont une maladie prise en charge par la LAMal construite sur le principe de la solidarité. Mais combien de temps cette solidarité va-t-elle résister aux coups de boutoir du vieillissement ? A un moment donné, il faudra se demander si, avec l'arrivée du tsunami gris, les jeunes générations pourront porter le poids du vieillissement de la population. M. Poggia n'est pas en train de bercer les commissaires d'illusions et de dire qu'il sera possible de maintenir les coûts au niveau où ils sont avec les mesures proposées. Mais il y a un effet retard entre ce qui sera économisé ou pas dépensé à l'avenir et ce qui est investi

aujourd'hui. Les structures mises en place (IEPA) ne sont pas vides, elles ne sont pas proposées pour être occupées en 2040. Elles le sont déjà maintenant et ce qui est mis en place aujourd'hui est précisément pour éviter que, dans cinq ou dix ans, la facture soit un multiple exponentiel de celles que nous aurons de toute façon à prendre en charge.

M. Bron relève que la planification sanitaire cantonale décorrèlent justement l'évolution des soins stationnaires par rapport à l'évolution démographique et sous-pondère l'évolution proposée consistant à financer tout ce qui est soins stationnaires pour faire un choix de structures intermédiaires et de maintien à domicile. Si nous désirons garder le même taux d'hospitalisation et de recours de soins qu'en 2013, nous aurons besoin, en 2020, de 206 lits de plus en EMS, de 160 lits de plus de réadaptation de gériatrie et de 44 lits de plus en psychiatrie. Ce qui est proposé, c'est de sous-pondérer cela et de mettre l'accent sur le maintien à domicile. Il ne s'agit pas de venir dire que cela augmente et qu'il faut donc le financer. C'est vraiment une proposition volontariste pour affronter cette évolution des besoins en soins. Par rapport au contexte, M. Bron rappelle qu'il y a la contrainte de la LAMal. Le canton doit planifier et offrir des soins adéquats selon les besoins de la population.

Une députée PDC revient sur l'étude d'Avenir Suisse et le fait que la différence est uniquement liée aux salaires à Genève. Elle demande si les coûts ne sont pas aussi un peu plus élevés à Genève pour l'amortissement des bâtiments.

M. Poggia précise qu'il était question de la différence pour les soins et non pour les EMS.

Pour la députée PDC, les comparaisons et les questionnements de ce que nous sommes en mesure ou non de mettre en place est intéressante. Toutefois cela ne peut pas être posé dans le cadre du contrat de prestations de l'IMAD parce qu'il faudrait englober, en même temps, les contrats de prestations pour tous les EMS et pour les HUG ainsi que les coûts de la santé en règle générale pour voir à quels endroits il serait possible de faire des choix. Prendre uniquement la lorgnette de l'IMAD serait faux car si ses prestations coûtent moins cher que d'autres structures cela fausserait l'analyse.

Par rapport à ce que disait le député MCG sur l'offre et la demande, la députée PDC a l'impression que nous sommes dans un système où une réduction, ou pour le moins une non-augmentation trop importante, est demandée à la collectivité. Comment réduire les coûts de la santé alors que l'individu n'est pas d'accord de le faire pour lui-même ?

Aujourd'hui, le système ne présente pas du tout un budget fermé étant donné la manière dont est construit notre système de santé (à tort ou à raison).

Si le choix est possible, même pour des maladies qui ne sont pas potentiellement mortelles, entre un traitement qui coûte 100 F et qui marche dans 70 % des cas et un traitement qui coûte 1000 F et qui marche dans 99 % des cas, personne autour de cette table ne va choisir le premier traitement. Dans des pays avec un budget limité, le choix ira vers des traitements qui coûtent moins cher et qui marchent moins souvent simplement parce que cela aura permis de soigner plus de gens avec l'argent à disposition. Chacune et chacun peut penser à sa pratique en matière de soins de santé et la collectivité ne peut pas faire plus d'économies que ce que l'individu est susceptible de faire pour lui ou sa famille. Ce que les gens demandent, ce sont des prises en charge qui soient dignes, qui respectent l'autonomie de la personne, etc. Cela a un vrai coût et, si chacun autour de cette table est conscient que des limitations des coûts sont souhaitées, il n'aura probablement pas envie de se l'infliger. La députée PDC pense que, pour aborder ce type de problématique, il vaut la peine de se situer personnellement.

Concernant les non-hospitalisations, des comparatifs sont réalisables. A l'interne de l'IMAD, les éléments permettant une diminution ou une augmentation des hospitalisations selon les quartiers ou les prises en charges sont analysables. La même chose peut être réalisée dans les EMS. Ici, nous parlons de l'IMAD, mais, si l'étape d'après est observée, rien n'encourage les EMS à ne pas hospitaliser en termes de coûts. En fait, il n'y a pas de grand comparatif effectué sur ce point. La députée PDC pense que cela en vaudrait la peine en termes de conscience des économies faites sur les hospitalisations, à défaut de pouvoir le chiffrer réellement. Un autre aspect important en termes d'hospitalisation, c'est que les HUG ne sont pas un endroit adapté pour les personnes âgées et ceci en plus d'être onéreux. Un jour, il s'agira aussi d'imaginer d'autres structures, du type de ce qui se fait à la Cité générations, et d'être assez ambitieux sur les endroits où les personnes âgées peuvent être placées à des coûts bien moindres et avec des soins qui leur sont bien plus bénéfiques. Aujourd'hui, le coût aux HUG, pour des personnes âgées qui ne devraient pas y aller ou qui doivent attendre pour une intervention, est immense pour la société. Ce sont donc des pistes d'économies réelles qui peuvent être faites en améliorant des soins.

M. Poggia est d'accord, il y a effectivement du travail à réaliser pour être plus fin. Les unités d'accueil temporaire médicalisées prennent en charge des personnes, notamment âgées, n'ayant pas un état suffisamment dégradé pour aller dans un hôpital, mais qui ont quand même besoin d'un encadrement médical. Le département souhaite encourager de telles propositions qui ont un coût bien moindre que celui d'une hospitalisation. Quand la députée PDC demande quel est l'incitatif pour un EMS de ne pas hospitaliser, il y a

également du travail à faire à ce niveau. Il est plus rassurant pour un EMS, lorsqu'il y a une problématique, d'appeler SOS médecin et de faire hospitaliser la personne pour un contrôle plutôt que de la prendre en charge sur place. Là, un travail reste à réaliser avec des médecins traitants qui accepteraient de suivre davantage leurs patients dans les EMS. Les soins à domicile n'intéressent plus les médecins et M. Poggia pense qu'il faudrait au contraire le valoriser. Il y a là de quoi gagner sa vie correctement, mais la philosophie actuelle des médecins installés en ville est plutôt d'attendre que le patient vienne chez eux plutôt que d'aller vers le patient. Le dossier électronique du patient procède aussi de cette vision consistant à avoir des équipes autour du patient avec une information qui circule. Pour revenir à ce qui a été dit sur l'IMAD et les prestations qui ont une valeur mais qui ne sont pas prises en charge, des choses sont à faire avec tact et empathie. Malheureusement, le système ne rétribue pas cela correctement. 300 000 heures de déplacements ont été décomptées en une année ; elles ne sont pas rétribuées. Cela revient donc à la charge du canton parce que la LAMal considère qu'il faut se téléporter et que les soins peuvent s'enchaîner quel que soit l'endroit où se trouvent les patients. Tout le monde essaye ainsi de se décharger de cette problématique du coût lié au vieillissement, à commencer par la Confédération qui fait en sorte que les primes d'assurance-maladie ne soient pas impactées avec exagérations. Par contre, ce que ne paient pas les assurés, c'est le contribuable qui le paie, c'est-à-dire le canton.

Un député PLR prend le cas de prestations (médicales et de soutien aux parents) prises en charge directement par la personne concernée. Il aimerait si les montants qui sont facturés couvrent l'entier des coûts quand les gens auraient les moyens de les payer.

M. Poggia répond que la situation de la personne est prise en compte, mais pas celle de la famille.

Le député PLR prend l'exemple de la prestation de soutien aux parents. Il imagine que ces prestations sont parfois servies à des gens qui ont droit à des prestations sociales, mais également à d'autres qui ont les moyens de les rémunérer. Les montants payés par ces derniers couvrent-ils l'entier de la prestation ou non ?

M. Bron explique tout d'abord que c'est différencié selon le RDU et selon les prestations. Par exemple, des prestations en UATR ont un prix administré qui est de moins de 100 F qui ne couvre pas l'exploitation de l'UATR à laquelle s'ajoutent les soins qui sont facturés en sus avec la contribution personnelle. A partir du moment où cela évite le recours à une prestation plus lourde, il est totalement justifié d'avoir un prix subventionné pour ce type de prestations. Quant à la prestation citée par le député PLR pour les parents

d'enfants gravement malades, il s'agit d'un projet pilote, et les critères pour y entrer sont très stricts. Il n'y a pas de droit à avoir cette prestation. En l'occurrence, ce sont des prestations dont la facturation ne couvre pas les coûts. En revanche, il y a d'autres prestations de l'IMAD où les coûts sont couverts. C'est différencié en fonction de l'intérêt pour le réseau de soins et pour le réseau social.

Le député PLR souhaite que cette distinction puisse être faite par rapport au listing des prestations offertes par l'IMAD. Il conçoit parfaitement qu'un certain nombre de prestations doivent être dispensées. Il comprend également parfaitement le système qui veut qu'elles soient affectées à tous, indépendamment des revenus des personnes concernées. Il comprend enfin parfaitement qu'un certain nombre de prestations soient prises en charge par les bénéficiaires. Par contre, il comprend beaucoup moins qu'un certain nombre de prestations servies à des bénéficiaires qui auraient largement les moyens de les payer au prix coûtant bénéficient d'un prix administratif et que les impôts prélevés servent finalement à financer des gens qui auraient largement les moyens d'assumer les prestations qu'ils demandent. Le député PLR pense qu'il y a là un certain nombre de choses sur lesquelles il faudrait s'attarder si un certain nombre de choix dans l'évolution des coûts de la prise en charge doivent être faits.

M. Poggia assure que l'IMAD est très attentive à faire en sorte que la prise en charge par la personne soit la plus élevée possible selon les critères à disposition. Il y a ainsi une échelle de facturation qui prend en considération la situation financière des personnes. D'ailleurs, les nouveaux bénéficiaires de l'IMAD remplissent les documents nécessaires pour attester de leur situation financière. Par contre, cela ne prend pas en compte la situation des proches. Nous pouvons le regretter, mais c'est un choix qui a été fait et il sera difficile de changer cette situation. De même, en ce qui concerne les UATR qui permettent de laisser la personne dont on s'occupe pendant 5 à 45 jours par année maximum moyennant un coût qui est actuellement d'environ 100 F par jour, la situation financière des proches n'est pas prise en considération. Ce choix peut être remis en cause, mais M. Poggia trouve juste que, du moment où ces personnes proches prennent soin d'un parent âgé, ils soulagent la collectivité. Si le prix plein leur est demandé, le risque est que ces personnes se disent qu'ils ne peuvent pas s'occuper de leurs parents. Ils pourraient alors le mettre dans un EMS pris en charge par les prestations complémentaires pour 75 % de la population. Le choix pris est de ne pas décourager les personnes qui s'investissent pour un proche. Il faut comprendre que, pour quelqu'un qui s'occupe d'un proche toute l'année, le fait de pouvoir respirer un peu et de prendre un peu de distance pendant les vacances est la moindre des choses que

la collectivité peut faire pour ces 55 000 proches aidants du canton qui lui font économiser des sommes importantes.

M. Bron précise que la remarque du député PLR rejoint tout à fait les préoccupations du passé concernant les heures de l'aide pratique. L'Etat a été très soucieux de faire en sorte qu'il n'y ait pas la possibilité que ces aides pratiques soient simplement un moyen d'avoir des femmes de ménage subventionnées pour des gens en âge AVS. Il s'agit ainsi d'avoir une aide pratique qui soit bien liée à une menace de fragilisation ou à un besoin en soins. Les deux prestations principales que dispense l'IMAD sont l'aide pratique et les soins. Là-dessus, il y a un effort énorme qui est fait pour que l'inquiétude du député PLR ne trouve pas des raisons d'être fondée en particulier en ce qui concerne l'aide pratique.

Le député PLR pense que ses questions viennent probablement d'une conception qui est exactement à l'inverse de celle exposée par M. Poggia. Il ne conçoit pas que le proche aidant décharge la société. Il a une analyse inverse. C'est la société qui parfois doit venir en aide pour décharger un certain nombre de gens qui en ont besoin. Ce ne sont pas des choses économisées, précisément parce que la règle n'est pas que la société vienne en aide à tout le monde et que chaque chose faite par la solidarité individuelle et familiale vienne en déduction de cette solidarité globale.

M. Poggia estime qu'il faudrait alors mettre dans la loi que chaque enfant a l'obligation de s'occuper de ses parents aussi longtemps qu'il peut le faire et que, s'il ne peut pas le faire, c'est à lui que sera facturé le coût de la prise en charge de son père ou de sa mère. Il ne dit pas que c'est philosophiquement absurde, mais cela représente un certain chemin à parcourir.

Le député PLR pense que c'est dans ce sens qu'il faudra aller car de vraies questions se posent à ce sujet. Pour lui, il n'est pas tabou d'aller dans ce sens. Le fait que des parents subviennent aux besoins de leurs enfants paraît tout à fait normal. A un moment donné, il ne paraît donc pas totalement absurde de soutenir que cela puisse également être l'inverse.

M. Poggia fait remarquer qu'il faut aller voir dans les EMS combien de personnes âgées ne voient jamais une seule visite pendant des semaines. Par contre, quand la personne décède, les enfants sont les premiers à aller voir s'il reste quelque chose du pécule de 300 F par mois que l'Etat leur a donné.

Le député PLR indique qu'il a peut-être cette appréciation précisément parce qu'il sait cela et que cela révolte. Existe-t-il des pistes de réflexion à plus long terme ? En effet, il ne partage pas l'avis de la député PDC disant que le contrat de prestations n'est pas l'occasion de s'interroger sur ce point ; sinon quand est-ce que les députés auront l'occasion de s'interroger sur ce point ?

Le député PLR aimerait également que les commissaires disposent de comparaisons intercantionales concernant la politique de la vieillesse au sens large. Si certains cantons investissent très peu dans les soins à domicile, mais que, dans le même temps, ils dépensent plus pour les EMS parce que c'est le choix qu'ils ont fait, ils ne sont pas plus performants en termes de soins à domicile. Il aurait même plutôt tendance à penser l'inverse. Pour des classes d'âges, les personnes âgées en particulier, y a-t-il un certain nombre d'indicateurs (âge moyen en EMS, âge d'entrée en EMS, la durée des séjours en EMS, etc.) concernant les cantons proches ? Cela permettra de les mettre en relation avec les coûts et les différences qui existent à ce niveau entre les cantons. Il constate que le canton de Genève a toujours des spécificités, mais c'est toujours pour expliquer qu'il est le plus cher. Si, par hypothèse, il était le plus cher en matière de soins à domicile parce qu'il est le meilleur dans ce domaine, il faudrait quelque part dire où l'équivalent a été économisé. Comme cela permet d'économiser là où le canton de Genève est proportionnellement le plus cher, celui-ci devrait quand même être celui qui fait le plus d'économies au final. Enfin, y a-t-il de vraies pistes en vue de délégations de compétences aux communes ? Elles bénéficient aujourd'hui fiscalement de la croissance du canton, mais elles n'assument pas proportionnellement la même augmentation des charges. Au niveau cantonal, y a-t-il des pistes pour, par exemple, avoir une caisse d'assurance pour mutualiser le coût de la vieillesse différemment que par un régime purement étatique ?

M. Bron indique que les comparaisons intercantionales existent. Genève est ainsi très performant puisqu'il y a des soins à domicile liés directement à un âge moyen d'entrée en EMS élevé et un taux de lits d'EMS par habitant de plus de 80 ans très bas. Sans entrer dans des modèles très technocratiques et qui dépendent de beaucoup d'hypothèses, une simple règle de trois, pour imaginer quel serait le financement nécessaire des lits d'EMS à un taux de recours moyens aux EMS équivalent à celui de la moyenne suisse, permet de visualiser la différence qu'on économise en finançant des prestations telles que celle fournies par l'IMAD.

M. Poggia revient à la réflexion sur les proches aidants ou sur les proches payants, puisque certains proches pourraient effectivement payer. Selon lui, c'est une question qui doit être réglée dans le droit fédéral. Il faut qu'il y ait une obligation de prendre en charge des parents âgés. Dans un autre domaine, si les parents ont effectivement l'obligation de prendre en charge leur enfant jusqu'à 25 ans (pour autant que les études soient régulières et sérieuses), dans le cas d'un jeune de 20 ans en rupture décidant de quitter ses parents et se retrouvant à l'Hospice général, il n'y a alors aucune obligation pour les parents. Ils peuvent être multimillionnaires et rien ne leur sera demandé.

Une députée EAG fait remarquer que cette dernière intervention n'est pas correcte. Il faut savoir que la contribution alimentaire a été réintroduite il y a quelques années. La députée EAG est navrée de contredire M. Poggia, mais, pour avoir été confrontée à ce type de situation, elle signale que les articles 36 à 39 du RIASI prévoient bien qu'une contribution alimentaire soit demandée aux parents, le montant étant différent selon qu'il s'agisse de jeunes adultes ou de parents descendants. Cette contribution a été réactivée avec la révision de la loi en 2006.

M. Poggia signale qu'il a fait, avec son homologue vaudois Pierre-Yves Maillard, des interpellations à Berne pour introduire dans le droit fédéral une obligation pour les parents d'intervenir lorsque leurs enfants sont à la charge de l'aide sociale. En effet, il n'y a pas d'obligation pour un parent de prendre en charge un enfant majeur qui est à l'aide sociale. Il est toujours prêt à apprendre et à combler ses lacunes, mais c'est la situation actuelle. En ce qui concerne les communes, tout le monde essaye de transférer les charges ailleurs et il est vrai que les communes ont des résultats qui ne font pas pleurer. La réflexion est en cours sur ce point et le premier train de lois entrées en vigueur prévoit déjà que l'aide pratique et administrative pour les personnes âgées est à la charge des communes. Il ajoute que le nécessaire sera fait pour que cela soit également le cas pour les personnes handicapées.

Une députée PS revient au paiement des prestations de l'IMAD. Le fait d'être au bénéfice de prestations du RDU dépend d'un barème, mais l'IMAD arrive-t-elle à garder les gens qui ont les moyens de payer le plein tarif ou y a-t-il une très grande concurrence à ce niveau, ce qui conduirait au fait qu'il y ait une très petite proportion des gens hors RDU à l'IMAD ?

M. Bron répond que les personnes hors RDU sont très massivement majoritaires. Les barèmes du RDU sont quand même assez circonspects.

La députée PS indique que concernant la prise en charge par les communes ou par les proches et les comparaisons intercantionales, la directrice de l'IMAD avait répondu que des réflexions étaient menées au niveau intercantonal par rapport à ce qui pourrait être fait dans les prochaines années en matière de soins à domicile et, plus globalement, de la prise en charge de la personne âgée. Dans ce cadre, à part les aspects économiques et financiers, le département s'appuie-t-il par exemple sur un observatoire, comme cela existe au Canada où y a-t-il des observatoires de la personne âgée et du vieillissement qui englobent autre chose que l'aide à domicile ? Elle aimerait savoir s'il y a des réflexions autres que purement économiques.

M. Bron, sans être exhaustif, répond qu'il existe beaucoup de choses pour essayer d'avoir une action cohérente au sein de l'Etat. Il a évoqué la



planification sanitaire et il y a un certain nombre de propositions dans ce domaine. D'ailleurs, cette planification s'appuie elle-même sur un rapport précédent sur la politique publique envers les personnes âgées en perte d'autonomie qui énumérait différents axes stratégiques : la prévention, bien vieillir chez soi (le maintien à domicile), bien vieillir en EMS (avoir une réflexion sur la manière dont les EMS peuvent évoluer dans les années à venir, notamment par rapport à l'augmentation des troubles cognitifs), avoir une garantie d'autodétermination et de dignité en fin de vie et avoir une continuité des prises en charge pour qu'il n'y ait pas de rupture, ni de patients qui pourraient être mieux pris en charge à un autre endroit. Des évidences scientifiques sont étayées avec des protocoles très robustes tandis que d'autres choses sont un peu plus intuitives. Enfin, il y a des barrières en raison d'impératifs de financement, notamment fixés par les lois fédérales, contre lesquelles il faut se battre pour mettre en œuvre un certain nombre des modèles alternatifs.

La députée PS note que la mission prioritaire de l'IMAD, ce sont les soins à domicile. Elle aimerait savoir qui a le rôle de coordination de ces soins aux personnes âgées. En effet, c'est peut-être à ce niveau qu'il y a de la souplesse à imaginer.

M. Poggia indique que la coordination est effectivement un point important, mais le rôle de coordinateur n'est malheureusement pas rétribué aujourd'hui. L'IMAD n'est pas ce coordinateur, mais elle joue souvent ce rôle en étant le contact avec d'autres fournisseurs de prestations autour de la personne tout en étant un acteur comme les autres. M. Poggia ajoute que, selon les moments donnés de sa vie, un patient est pris en charge chez lui par l'IMAD, par les HUG s'il se casse le col du fémur, par une autre structure des HUG s'il va en réadaptation gériatrique et à nouveau par l'IMAD pour préparer sa sortie avec, le cas échéant, l'obligation au niveau social de trouver un autre logement mieux adapté.

M. Bron précise que la coordination qu'il évoquait quand il a dit qu'il faut se battre contre les modalités de financement actuelles, c'est qu'il faut mettre sur pied des stratagèmes pour contourner les obstacles qui sont posés par ces règles de financement. La coordination n'est ainsi payée par personne actuellement, ni par TARMED, ni par l'OPAS. Ce n'est pas non plus le travail de l'hôpital de faire la coordination globale du réseau de soins. Pour rappel, le Grand Conseil a refusé que l'IMAD s'en occupe – des employés dont cela devait être le travail étaient prévus dans le programme d'accès aux soins – et il n'y a donc pas eu de consensus pour faire en sorte que l'IMAD soit nantie de cette prestation de régulation du réseau de soins, ne serait-ce que pour la population vieillissante ou ceux qui seraient leurs clients. Cela ne veut pas dire

que rien ne peut être fait. Mondossiermedical.ch est ainsi un vecteur très fort en ce sens qu'il permet d'avoir une coordination autour du patient. Plusieurs collectifs de patients existent autour desquels des groupes de travail gravitent, notamment les patients complexes avec Cité générations où il y a des alliances thérapeutiques entre le pharmacien, le médecin, les soignants et le patient lui-même. Un objet pilote existe à Vernier en ce qui concerne la santé mentale. Des discussions très abouties existent entre l'unité de gériatrie communautaire des HUG et l'IMAD pour avoir un collectif de patients identifiés comme fragiles et pour lesquels des modalités d'intervention font l'objet d'une coordination. Enfin, la charte du réseau de soins donne un certain nombre de bonnes pratiques en termes de coordination des acteurs. Par contre, il n'y a pas d'acteur clé nanti de cette responsabilité et financé pour faire du managed care.

Un député PLR constate que la commission élargit le débat un peu au-delà de l'IMAD. Il est évident que les soins à domicile sont préférables aux EMS. Par ailleurs, la population genevoise s'est déterminée, sauf erreur en 1991, en faveur des soins à domicile et de leur financement. Ensuite, la question est de savoir jusqu'où aller et qui paie les priorités. Il prend l'exemple d'un document reçu par la Commission des finances montrant qu'il y a 20 millions de francs de soins en faveur des détenus par années. Ce sont des chiffres qui l'impressionnent.

Le député PLR revient à l'étude d'Avenir Suisse. Elle est certainement critiquable sur certains aspects, mais elle pose un constat sur le coût de la chaîne de soins qui est de 9445 F à Genève alors qu'il est de 5463 F en Valais. L'étude précise que les salaires représentent 75 % du coût de la chaîne des soins et que des lieux communs, tel que le fait que cela coûte plus cher en ville et moins cher à la campagne, ne résistent souvent pas à l'analyse détaillée. Il serait intéressant de réfléchir à ce qui est présenté dans cette étude. Comment continuer de cette façon en étant les rois de tout à Genève ? A un moment donné, le système est prêt à exploser, notamment en voyant qu'à Genève le coût de la chaîne de soins par personne de plus de 65 ans est 72 % supérieur à celui en Valais. Cela fait penser qu'il faut une vraie réforme, sinon il faut expliquer pour quelle raison il y a de tels chiffres.

Le député PLR note que, à part l'IMAD, il y a également Sitex qui est un organisme totalement privé qui a simplement un contrat de prestations. Quelle est la politique salariale de cet organisme ?

M. Poggia estime que ce n'est certainement pas celle de l'IMAD.

Le député relève que, dans le projet de loi, nous sommes à 185 F de l'heure, que cela soit Sitex ou l'IMAD. C'est ce qui est pris en compte dans le contrat de prestations pour la part subventionnée par l'Etat. Maintenant, si des

organismes privés sont capables de le faire avec des salaires inférieurs, il demande pourquoi une privatisation d'une partie de ces prestations n'est pas envisagée avec des coûts inférieurs ? A un moment donné, il faudra se poser la question de savoir jusqu'à quel point on veut continuer à donner des prestations aux personnes âgées, mais cette question est valable dans des tas d'autres domaines. Etant donné que les salaires n'arriveront certainement plus à être assumés, les prestations diminueront. Sinon les mêmes prestations continueront à être données avec plus de personnes pour les fournir, mais avec un salaire un peu inférieur, celui-ci restant plus intéressant que le salaire donné par le privé, voire par certains pays voisins.

M. Poggia trouve que l'alternative présentée par le député est séduisante, mais elle ne se présente pas comme ça. Il ne s'agit pas de savoir si nous diminuons les prestations ou les salaires. M. Poggia ne prétend pas que la situation actuelle est idéale. En revanche, il faut savoir que les deux types de prestataires n'offrent pas les mêmes prestations. C'est comme si vous comparez les HUG à une clinique. Pour une opération de l'appendicite, la prestation sera la même dans une clinique ou aux HUG. Par contre, la différence se situe au niveau de la mission donnée à l'un et à l'autre. Les HUG, comme l'IMAD, ont l'obligation d'accueillir tout le monde tandis que les institutions privées ont plutôt tendance à envoyer les cas lourds aux HUG ou à l'IMAD. Elles prennent des cas qui sont dans un rayon intéressant pour eux, avec des pathologies qui ne sont pas extrêmes et où le rapport entre facturation et prestations est le meilleur possible. Par contre, l'IMAD doit accepter de fournir des prestations à des personnes où elle va travailler à perte, ce qui signifie que c'est à charge du canton. Il est vrai que, dans l'idéal, la question de savoir pourquoi une infirmière à l'IMAD gagne plus qu'une infirmière dans le privé peut être posée, mais cela vaut pour tous les domaines. Pourquoi un nettoyeur des HUG gagne plus qu'un nettoyeur dans une entreprise de nettoyage privée ? Selon sa sensibilité, cela sera inadmissible et les salaires devront baisser aux HUG ou cela sera que les entreprises privées sont des voleuses et les salaires de leurs employés doivent être augmentés. Si nous ne voulons pas rationner les soins, il faudra, à un moment donné, faire en sorte que ces soins soient donnés à un coût plus supportable. Si la société est très riche, c'est aujourd'hui tout à fait « supportable ». Avec l'évolution prévisible de la population, cela risque de devenir insupportable financièrement. En d'autres termes, c'est un vaste débat de savoir si, à un moment donné, tout le monde a le droit à tout. Si ce débat est posé aujourd'hui, il faut savoir à quel niveau il doit être résolu. Faut-il le résoudre au niveau de la Confédération, de la prise en charge de la LAMal, ou du canton qui doit prendre en charge tout ce que ne prennent pas en charge les autres ou faut-il le laisse se régler par

certains qui ont certainement une légitimité démocratique moindre comme les assureurs ? A un moment donné, les assureurs prenaient en charge certains coûts pour des maladies rares et ensuite ils ont décidé, comme ils n'y sont pas obligés, de ne plus le faire. Des personnes risquent ainsi de mourir parce qu'elles ne sont pas prises en charge. Ce ne sont que quelques cas, mais pour un parent dont l'enfant est atteint d'une telle maladie, le 1/1000 devient du 100 %. M. Poggia constate que le député PLR pose un problème fondamental de société. Il n'est toutefois pas sûr que cela puisse être réglé par une votation populaire.

Le député PLR ne pense pas que cela pourra se régler par une votation populaire, mais par des décisions politiques.

M. Poggia est d'accord, mais aujourd'hui, si la LAMal dit que les prestations à domicile doivent être prises en charge selon l'OPAS et que tous les frais de longue durée non pris en charge par la LAMal doivent être pris en charge par le canton, il ne peut pas décréter que cela va jusqu'à une certaine limite. M. Poggia demande quelle légitimité il aurait de couper dans certaines prestations, sans parler de la question de la légalité. Mais sa préoccupation est identique à celle du député PLR ; c'est pour cette raison que des alternatives aux autoroutes sont tentées, pour que, grâce aux petits chemins, nous arrivions au même endroit, certainement avec un environnement plus agréable et en associant l'augmentation de notre population vieillissante avec une nécessité de maîtrise des hausses (sans parler de maîtrise des coûts car pas grand-chose est métrisable à ce niveau).

Le député PLR demande s'il y a des statistiques par rapport à Sitex ou d'autres prestataires sur le nombre et le pourcentage des personnes qui seraient renvoyées à l'IMAD parce qu'ils ne voudraient pas s'en occuper. Et les soins sont-ils moins bons en Valais parce qu'ils coûtent moins cher ?

M. Poggia indique que des situations sont rapportées par l'IMAD, mais il ne sait pas si des statistiques sont tenues. Il indique que les soins sont de très bonne qualité à Genève et il n'a aucune raison de penser qu'ils sont moins bons en Valais, même s'il y a certainement des coûts de fonctionnement qui sont moindres. Quant à la manière de calculer le coût réel, il faudrait par exemple savoir si c'est l'addition de ce qui est pris en charge ou si c'est le coût réel de production. Cela pourrait ainsi être le coût à charge du canton qui est moindre en Valais qu'à Genève.

Le député PLR pense qu'il n'y aura de toute façon pas le choix : il faudra prendre en charge l'évolution des coûts ; cela est valable dans tous les domaines. Par exemple dans le domaine du logement, l'Etat va payer une Mercedes à celui qui ne peut pas se la payer ; par contre, l'Etat ne va pas lui

donner une deux-chevaux. En effet, lors de la construction d'un immeuble aujourd'hui, HLM ou PPE, c'est à peu près la même chose. En zone de développement, il y a des immeubles de construction identique les uns à côté des autres, si ce n'est qu'on va peut-être mettre un micro-ondes supplémentaire dans la cuisine de la PPE. Par rapport aux prestations fournies par l'Etat dans ce domaine comme dans d'autres, des choix devront être faits à un moment donné. Nous ne pouvons pas dire à chaque fois, comme pour les TPG, qu'il faut baisser les tarifs, continuer à donner les prestations, ne licencier personne, etc. Faut-il des mêmes cadences de bus à 15h00 et à 18h00 sous prétexte qu'il y a un intérêt à ce que cela soit le cas ? C'est exactement la même réflexion.

M. Poggia fait remarquer qu'une personne bien portante qui attend le bus 15 minutes de plus c'est différent d'une personne souffrante qui est par terre chez elle et qui attend 15 minutes de plus pour être relevée. La perception de l'attente est différente.

Un député PS note que les déplacements du personnel de l'IMAD ne sont pas payés par les caisses d'assurance-maladie, ce qui est un problème.

M. Poggia confirme que cela représente 390 000 heures. L'IMAD a des antennes partout dans le canton précisément pour diminuer ces temps de déplacement. Il n'en demeure pas moins que, quand les équipes, font 15 à 20 patients en une journée, le temps de déplacement d'un logement à l'autre n'est pas compté.

Le député PS revient sur le fait que les enfants doivent s'occuper des parents. C'est possible, mais il faut avoir des logements qui permettent de le faire. Aujourd'hui, malheureusement, la topographie des logements fait que ce problème est difficile. Il signale que des expériences intéressantes ont été menées ailleurs. Pendant que nous construisions des EMS ici, Barcelone laissait les personnes dans les quartiers et créait une dynamique avec la population, rétablissant ainsi un peu ce qui existait auparavant dans les villages. Dans son immeuble, il a remarqué que les personnes âgées sont totalement isolées. L'IMAD vient s'occuper d'elles, mais il n'y a aucun lien entre les habitants de l'immeuble et ces personnes. Un jour, il faudra peut-être revenir à une telle dynamique. Ceci dit, c'est un problème qui se pose aujourd'hui aussi en Espagne alors que c'était un pays où les enfants s'occupaient traditionnellement plus de leurs parents.

M. Poggia estime qu'il y a aussi une déresponsabilisation de l'individu. Certaines sociétés ont davantage une philosophie de l'Etat providence ; l'Etat doit pourvoir à ce que les proches ne peuvent pas faire. D'ailleurs, la conception du rôle de l'Etat diffère quand même entre la Suisse romande et la Suisse alémanique, ce qui donne souvent des résultats différents dans les

votations. Aujourd'hui, il y a beaucoup de descendants qui pourraient s'investir, parce qu'eux-mêmes sont à la retraite quand leurs parents ont besoin d'aide, mais qui ne le font pas en considérant que c'est le rôle de l'Etat. Nous pouvons nous demander si c'est moralement et éthiquement acceptable, mais M. Poggia n'a pas de base légale pour obliger ces personnes à assumer un rôle. Si s'occuper de son père ou de sa mère âgée est une obligation légale et que cela ne vient pas spontanément, quelques doutes peuvent s'exprimer sur la qualité de la prise en charge.

Une députée EAG reprend la problématique du logement et des infrastructures qui devraient permettre aux gens de vivre ensemble. Par contre, nous n'avons pas parlé de ce que suppose réellement l'intervention de proches aidants auprès de parents très âgés. Une chose est d'assurer le lien social et ne pas abandonner ses parents. Une autre est de suppléer aux services d'aide et de soin à domicile parce qu'il y a parfois des prises en charge qui sont très lourdes et qui demandent des actes relativement spécialisés qui épuisent les familles. Si les gens devaient prendre en charge leurs parents sur tous les aspects de leur dépendance, les familles seraient chargées alors qu'elles ont souvent une activité et d'autres préoccupations ou difficultés et ne peuvent pas assumer cet élément. Si c'est pour conduire à des tensions qui produiraient de la maltraitance, la députée EAG n'est pas sûre que nous serions gagnant au final. De ce point de vue, il y a peut-être une réflexion à mener pour améliorer les choses, mais juste dire que c'est aux familles de prendre en charge leurs parents âgés dans la mesure où il y a une part de cette charge qui devient trop lourde pour les familles n'est pas correcte.

La députée EAG n'a pas compris la fin des explications concernant l'aide pratique, il a été indiqué qu'il y avait une diminution de ces heures. Cela implique-t-il un changement de politique de la part de l'IMAD ? Une première vague de formations a eu lieu au moment de la transformation des aides ménagères en aides familiales. Il y a eu une volonté de donner une meilleure formation aux personnes qui intervenaient à domicile ; les champs d'intervention ont été clairement définis. Avec les ASSC, c'est autre chose, il s'agit d'introduire une espèce de zone intermédiaire entre les soins et l'aide à domicile. La députée EAG se demande s'il n'y avait pas la nécessité d'avoir davantage de compétences dans le suivi au domicile hors des soins, notamment pour toute une série d'interventions, comme l'aide pratique, pour des gens qui ont par exemple un syndrome de Diogène. Une aide pratique est bien réalisée régulièrement dans un tel cas, mais si un travail en collaboration avec d'autres intervenants n'est pas organisé, cela revient à remplir un seau percé. Un besoin de compétences supplémentaires est nécessaire dans ces cas. La députée EAG constate que la description faite tout à l'heure laissait penser que nous nous

trouvions dans une zone à l'intersection des métiers de soin et des métiers d'aide pratique et qu'il s'agit de faire du soin à meilleur marché.

M. Bron indique que les ASSC correspondent à l'entrée dans toute la panoplie des professions de santé. Cela permet justement de réserver des compétences infirmières là où elles sont le plus utiles et d'éviter d'avoir des compétences assez pointues et formées avec des diplômes de haut niveau pour des prestations qui pourraient être faites par d'autres. Pour avoir un haut niveau de compétence aussi pour ces actes délégués le cas échéant, il y a des formations quand même assez poussées. Ce sont des formations qualifiantes qui permettent de déployer ces nouvelles professions sur le terrain. Cela mène justement à une réflexion un peu plus fine sur la question de savoir à qui doivent être réservés quels actes, sans faire de compromis sur la professionnalisation de l'aide à domicile. Concernant l'aide pratique, il y a eu une évolution liée à une efficience qui est attendue par tout le monde et aux critères d'accès aux prestations. Il y a également des prestations qui sont financées par l'Etat. Par le passé, le niveau de l'aide était plus large. Aujourd'hui, cela est davantage corrélé avec une démarche de réseau de soins et avec une prévention d'une fragilisation. Le résultat est que des clients de l'IMAD ont des besoins en constante progression. Ce sont ainsi des clients beaucoup plus lourds qu'il y a dix ans. De façon parallèle, il y a une stagnation des heures d'aide pratique dispensées par l'IMAD qui correspond à une diminution relative assez conséquente.

Un député MCG croit qu'il n'y a aucune autre commission où le souhaitable se heurte autant au possible, d'où l'idée qu'il y ait une neutralité budgétaire parce que l'environnement économique est déprimé et que l'espérance en matière de recettes fiscales est au maximum, sans parler du frein à l'endettement. Les pistes évoquées de renforcement de l'obligation d'entretien nécessiteraient de renforcer le droit de la famille, ce qui ne serait pas aisé. Quant à la proposition du système de solidarité mutualisé, cela est effectivement possible. Toutefois, le députée MCG pense qu'une troisième voix est à explorer : celle de la politique sanitaire fiscale. En d'autres termes, cette obligation d'entretien aurait une résonance sur le plan fiscal, dans la mesure où les activités déployées seraient déductibles. A ce moment, nous irions probablement vers une contrainte d'équilibre budgétaire possible.

Un autre député MCG s'était opposé à l'époque à la loi qu'il trouvait trop bureaucratique. Ensuite, il est vrai que nous sommes dans une logique structurelle et institutionnelle. Il y a des gens qui sont là maintenant et dont il faut s'occuper. Il faut peut-être sortir du dogmatisme et s'occuper beaucoup plus des personnes. C'est bien d'avoir des grandes idées, mais après nous

sommes dans le réel. Le député MCG a peut-être un peu changé sa vision sur ce point, mais c'est une autre question de savoir si on aurait pu faire mieux.

M. Poggia rebondit sur la question de l'encouragement des proches aidants. Celle qui est actuellement examinée par le département est celle d'une assurance dépendance obligatoire. Chacun devrait prendre en charge, à partir d'un certain âge, une assurance. Celle-ci devrait d'ailleurs être obligatoire parce que, si elle est facultative tout le monde va se dire que, de toute façon, l'Etat pourvoira et personne ne payera de primes. Par ailleurs, les primes de ceux qui accepteraient de rentrer dans le système seraient tellement élevées qu'elles seraient dissuasives. Il s'agirait d'une prime modeste (quelques dizaines de francs) qui serait payée, peut-être à partir de 50 ans, et qui permettrait, le jour où on a le droit à une rente pour impotence, d'avoir une somme en capital prévue mensuellement pour alléger la facture de l'Etat le moment venu. M. Poggia a demandé un avis de droit pour savoir si ce type d'assurance pourrait être légalement mis en œuvre sur le plan cantonal. La question est de savoir s'il s'agit d'une assurance qui entre dans un domaine de compétence des cantons ou si c'est de la compétence de la Confédération. C'est un vrai débat de société qui n'est pas simple. Il s'agit de savoir si les gens doivent aussi mettre la main au porte-monnaie pour faire en sorte que la facture de l'Etat soit allégée.

### **Audition de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) représentée par M<sup>me</sup> Marie Da Roxa, directrice générale, et M. Alain Decosted, directeur des finances**

M<sup>me</sup> Da Roxa replace en préambule un certain nombre d'éléments contextuels.

Il est important de se rappeler que, en 2015, 48,5 % des personnes suivies par l'IMAD avaient plus de 80 ans. Pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2016, ce chiffre est de 53,5 %. Cela signifie qu'une personne sur trois de plus de 80 ans à Genève est suivie par l'IMAD ainsi qu'une sur deux de plus de 90 ans. C'est à mettre en rapport avec les prévisions officielles concernant la progression de la population d'âge de plus de 80 ans prévoyant une augmentation de 30 % de cette classe d'âge. Par ailleurs, la question du choix du maintien à domicile ne date pas d'aujourd'hui dans le cadre du canton de Genève. Cela a d'abord été une volonté populaire à travers une initiative populaire. Cela a ensuite été un choix politique. A l'évidence, cela devient une orientation et une option économique pour essayer non pas de diminuer les coûts de la santé – compte tenu du vieillissement démographique et de l'augmentation des maladies chroniques, cela paraît difficile – mais en tout cas de trouver les méthodes les plus efficaces dans le cadre du réseau de soins pour limiter l'augmentation



des coûts. Cela signifie d'essayer de retarder l'institutionnalisation ; pour mémoire, le canton de Genève a le taux le plus faible d'EMS par habitant. Il s'agit également de développer des structures intermédiaires comme les IEPA ou des foyers de jour. C'est aussi ne pas oublier de soutenir les proches aidants à domicile, le maintien à domicile dans la durée n'étant pas possible s'il n'est pas possible de bénéficier du soutien des proches aidants.

Concernant le contrat de prestations et la planification sanitaire quantitative 2016-2019, elle est clairement basée sur une augmentation des prestations de soins en lien avec le vieillissement de la population et les maladies chroniques, mais aussi les problématiques de santé mentale qui explosent dans le cadre du canton.

La problématique des soins palliatifs n'est pas non plus des moindres. Il ne s'agit pas forcément de soins terminaux lorsque les personnes vont mourir, mais de soins qui sont en lien avec la problématique de la prise en charge de la douleur. C'est un élément important parce qu'il est complètement associé à ce qui est une qualité de vie, même quand on a 80 ans, qui soit acceptable du point de vue de la gestion de la douleur.

Au niveau de la rétrospective sur le contrat de prestations 2012-2015, M<sup>me</sup> Da Roxa souhaite donner quelques chiffres. Par rapport aux prévisions, il y a eu plus de 100 000 heures de plus qui ont été faites par l'IMAD en termes de prestations de soins, soit plus de 21 % de dépassement des heures de soins. Il y avait également 150 collaborateurs à former en tant qu'ASSC sur cette période, mais ce sont 256 collaborateurs qui ont pu être formés avec un CFC d'ASSC. Toujours sur cette période, à travers des objectifs d'efficience que l'IMAD s'était fixés, cela a permis des non-dépensés de 27 millions de francs.

Parmi les éléments retenus dans le cadre de la planification sanitaire qui concerne l'IMAD, il y a 3 chiffres importants à retenir : 2,5 % de progression des heures de soins en lien avec le vieillissement ; 1 % d'augmentation en lien avec la diminution des durées moyennes de séjour à l'hôpital ; 1 % en lien avec la volonté d'éviter d'ouvrir de nouveaux lits, soit en psychiatrie, soit en gériatrie-réadaptation, avec un accompagnement qui soit davantage ambulatoire.

M<sup>me</sup> Da Roxa insiste sur ces 4,5 % (2,5 % + 1 % + 1 %) de progression des heures de soins qui sont attendues de l'IMAD pour les mettre en lien avec le fait que, pour 2015, l'accroissement des patients de plus de 80 ans pour des heures de soins n'était pas de 2,5 %, mais était déjà de 4,5 %. On est donc toujours dépassé par les chiffres et par la réalité, mais c'est important de voir les effets d'efficience qui sont faits au niveau du réseau de soins.

L'augmentation des prises en charge 7 jours sur 7 à l'IMAD est de + 5 % en 2015. Cela permet de mettre en regard la complexité des situations. C'est également un élément qui a des impacts directs sur les finances. En effet, lorsque vous intervenez le samedi ou le dimanche, le tarif est un tarif fédéral unique pour l'ensemble de la Suisse. Une infirmière est ainsi facturée à Genève la même chose qu'en Argovie, mais, quand elle intervient le samedi et le dimanche, c'est également le même tarif. Il est inutile de dire que ce n'est pas le même coût horaire puisqu'il y a des indemnités à verser et qu'il y a des temps de récupération. Tout ceci a une incidence sur les coûts. Quant à savoir si c'est un bien ou un mal, il faut en tout cas le mettre en perspective avec le fait de savoir s'il vaut mieux intervenir le samedi ou le dimanche de manière plus intensive ou avoir les gens à l'hôpital par rapport à une journée d'hospitalisation. Le fait d'avoir une intensification des soins à domicile est souvent lié au fait qu'on préfère sortir les gens plus rapidement quand c'est possible et que c'est cliniquement souhaitable. Il y a également une augmentation de plus de 6 % des actes médicaux techniques, c'est-à-dire des actes très précis au niveau infirmier, qui montre bien l'augmentation de la complexité des prises en charge du point de vue des soins infirmiers.

Pour en revenir au contrat de prestations en lui-même, ce qui ne change pas, c'est la catégorisation en quatre types des prestations qui sont demandées dans le cadre du contrat de prestations. La première catégorie est le cœur de métier de l'IMAD, à savoir les prestations de base liées au maintien à domicile. Il faut rappeler que l'IMAD, par disposition légale, est soumise à l'obligation d'admettre. Toutes les situations qui se présentent doivent être prises en charge quels que soit le lieu où habite la personne, l'heure où la demande est faite, etc. Il faut également rappeler que l'IMAD intervient 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 et 365 jours par an. La deuxième catégorie qui existe dans le contrat de prestations, ce sont les prestations d'intérêt général. Ce sont des prestations demandées dans le cadre de l'efficacité du réseau de soins et qui sont chiffrées et listées. La troisième catégorie est très importante aux yeux de l'IMAD. Il s'agit des prestations de formation puisqu'il s'agit de contribuer à l'effort cantonal en lien avec la pénurie de personnel de la santé, mais aussi d'assurer que les compétences des collaborateurs de l'IMAD, face à l'évolution des besoins, restent calées. La dernière catégorie est peut-être un peu spéciale dans la mesure où ce sont des impacts financiers plutôt qu'une vraie catégorie. Ainsi, l'IMAD applique le RDU, c'est-à-dire des tarifs dégressifs sur la facturation. C'est une catégorie nommée « prestations liées à la mise en œuvre des politiques sociales » puisque c'est une décision de politique sociale qui fait qu'il y a des non-revenus à l'IMAD sans aucune emprise pour l'IMAD puisqu'elle ne fait qu'appliquer des décisions en termes de RDU.

Un autre élément important demeure le rattachement des évaluations faites à l'IMAD à un outil clinique reconnu au niveau national. Il a plusieurs avantages, notamment sur le fait d'objectiver les besoins de prise en charge de soins, mais aussi de disposer d'un certain nombre d'éléments prédictifs sur l'évolution de l'état de santé de la personne.

Au niveau des nouveautés contractuelles, il y a l'introduction d'un mécanisme de régulation en lien avec la volumétrie des heures. En effet, la situation connue en 2012-2015 avec plus de 100 000 heures supplémentaires sans pouvoir ajuster la dotation a généré une situation assez difficile à gérer sur le terrain. L'idée n'est pas de crier au secours dès qu'il y a 100 ou 200 heures de plus puisque le mécanisme de régulation s'enclenche après 10 000 heures. Une deuxième nouveauté est la création d'un fonds commun entre les hôpitaux et l'IMAD ainsi qu'avec une participation croisée par rapport au non-dépensé sur les contrats de prestations pour financer des projets permettant des modèles de prise en charge. C'est quelque chose qui doit vraiment mettre beaucoup d'emphasis. Face à certaines difficultés et à l'augmentation des besoins, il ne suffit pas de reproduire les modèles du passé. Il faut également essayer de trouver des solutions pour organiser des prises en charge, soit par des moyens technologiques, soit par des meilleures coordinations avec, à l'arrivée, des éléments qui permettent d'obtenir une meilleure qualité, tant du point de vue économique que clinique. Par rapport à des projets comme les plans Alzheimer, les plans diabète, les plans oncologiques, ce sont des choses importantes. Il faut arrêter de reproduire simplement les modèles du passé et essayer de voir d'autres perspectives. Cela demande évidemment du temps qui ne peut pas simplement être pris sur du fonctionnement pour financer ce type de projets. M<sup>me</sup> Da Roxa pense que c'est vraiment une avancée intéressante. La troisième nouveauté contractuelle est l'emphasis mise maintenant sur la formation. Pour l'IMAD, cela signifie le triplement du nombre d'apprentis pour la période à venir. Ainsi, en 2019, l'IMAD sera complètement en phase avec le plan d'apprentissage lancé par le Conseil d'Etat par rapport aux exigences faites aux établissements publics.

Dans le cadre de la Commission des finances, il paraît important de revenir sur quelques éléments financiers qui impactent sur le calcul des montants qui figurent dans le contrat de prestations de l'IMAD. M<sup>me</sup> Da Roxa parle de la fragmentation du système de financement autour du réseau de soins. Plusieurs réformes ont eu lieu ces dernières années, secteur par secteur, sur la manière dont certaines prestations étaient rémunérées. Il y a tout d'abord eu le nouveau financement hospitalier avec l'introduction des DRG, c'est-à-dire le forfait par cas. Au lieu de payer par jour, nous sommes passés à un paiement par cas. L'intention était de faire diminuer les durées moyennes de séjour, ce qui a

effectivement été réalisé. Les durées moyennes de séjour ont ainsi drastiquement diminué, mais les prévisions n'avaient pas compris l'augmentation des soins à domicile, ce dont les assureurs se plaignent. Ce qui n'est plus fait à l'hôpital pour un certain nombre de situations, doit bien être fait quelque part. Les patients peuvent sortir plus vite, mais même si les techniques opératoires et les prises en charge ont évolué, il reste des situations plus lourdes et qui se concrétisent avec des actes médicaux techniques qui sont en augmentation à l'IMAD. Le 2<sup>e</sup> élément qui touche de plein fouet l'IMAD, c'est qu'en 2011 – dans les réflexions du Conseil fédéral avec les perspectives du vieillissement démographique, il était très clair que celui-ci allait avoir des incidences sur les coûts de la santé et, donc, sur ce qui pouvait être pris en charge, ou non, par la LAMal – nous avons assisté à un changement de paradigme assez puissant. Ainsi, le Conseil fédéral et le parlement fédéral, avec la loi sur le financement des soins de longue durée, ont décidé que la LAMal payait certaines choses avec une structure tarifaire nationale et avec un prix national. Ce changement de paradigme a eu pour conséquence que tout ce qui n'est pas payé par la LAMal est payé par le canton. Cela a été un transfert massif de charges au niveau du canton. M<sup>me</sup> Da Roxa ne peut s'empêcher de lancer une petite pique par rapport au dernier rapport du Conseil d'Etat, sorti en mai 2016, sur les perspectives sur le financement en matière de soins de longue durée. Dans son communiqué de presse, le Conseil fédéral n'hésite pas à dire qu'il est préoccupé par cette situation qui va générer un certain nombre de problèmes au niveau du financement des cantons et du financement par les ménages privés. Le Conseil fédéral est préoccupé, mais les conséquences sont bel et bien sur les cantons et les ménages privés. Concrètement, cela signifie, pour les prestations qui ne sont pas reconnues ou mal reconnues, une non-prise en considération des frais de déplacement (300 000 heures en 2015 à l'IMAD) et la non-prise en considération des prestations de coordination. Ce dernier point est important parce que plus certaines situations sont complexes, plus il faut faire de la coordination entre les médecins, le pharmacien, le proche aidant, le patient et s'assurer que tout ceci est mis en musique. Si cela n'est pas fait, cela signifie très souvent des hospitalisations qui ne peuvent pas être évitées. Cela pose la question de savoir si nous préférons payer des prestations de coordination ou non. Il se trouve que, dans le cadre des dispositions fédérales, il existe une prestation de coordination, mais elle est interprétée de manière tellement restrictive qu'elles sont peu ou pratiquement pas utilisables en termes de facturation, ce qui a des incidences sur les revenus de l'IMAD au titre de la facturation. Un troisième type de prestations qui n'est pas du tout reconnu, ce sont les prestations de prévention. M<sup>me</sup> Da Roxa ne parle toutefois pas de prévention générique. Typiquement, on sait aujourd'hui qu'un facteur de comorbidité extrêmement important chez les personnes âgées est les chutes.

Il y a un moyen d'intégrer toute une série d'actions préventives pour prévenir les chutes, mais cela n'est pas pris en charge par la LAMal. C'est même pire. Non seulement, ce n'est pas pris en charge par la LAMal, mais avec le système actuel de réserve nationale, de primes cantonales et avec des assurés qui changent chaque année, les assurance-maladie n'ont strictement aucun intérêt à investir sur la prévention. Le peu qu'ils pourraient investir sur différents fonds, ils risquent de ne pas pouvoir en bénéficier puisque l'assuré peut partir dans une autre caisse. Enfin, M<sup>me</sup> Da Roxa aimerait relever que TARMED (la rémunération des prestations médicales en ambulatoire) est un système qui favorise des prestations qui sont remboursables et non pas les prestations qu'il serait nécessaire de faire. Cela introduit un biais supplémentaire. Il est important de comprendre qu'il y a des éléments sur lesquels l'IMAD essaye d'agir – il ne s'agit pas simplement de jouer les Calimero – et qu'il y a des éléments qui sont simplement le fait de décisions prises dans d'autres financements qui touchent le réseau de soins et qui ont pour conséquence de se déverser sur le maintien à domicile. Face à ces enjeux de vieillissement démographique et d'explosion des maladies chroniques puisque c'est quand même quelque chose qui ne touche pas que les plus de 80 ans (on a des maladies chroniques qui touchent les plus de 50 ans et, s'il faut accompagner une maladie chronique pendant 40 ans, cela a une incidence très importante), la position de l'IMAD est de se concentrer sur son cœur de métier que sont les populations fragiles et les populations complexes puisque c'est là qu'il peut apporter une réelle plus-value sur des prises en charge qui soient pluridisciplinaires. C'est un élément important. Concrètement, il s'agit de savoir comment freiner le déclin fonctionnel et comment faire en sorte, lorsque la crise est déclarée et qu'on est déjà dans une situation où la moindre mesure est compliquée à mettre en place, d'être plus en prévention et en accompagnant des mesures et de pouvoir mettre en place progressivement des mesures qui permettent de retarder des institutionnalisations ou des hospitalisations. Il s'agit également d'éviter absolument les hospitalisations en urgence. Nous avons vraiment mis une emphase sur ce point puisqu'il y a trop d'hospitalisations. Il faut se rappeler que, à chaque fois qu'une personne âgée est hospitalisée, notamment de plus de 80 ans, le risque de la désocialiser est pris et faire un retour à domicile devient toujours plus aléatoire, non pas pour des raisons de santé, mais pour des raisons de perte de repères et d'organisation. Il s'agit également de promouvoir les structures intermédiaires. Les IEPA ont fait la démonstration de leur utilité à retarder l'entrée en EMS tout en gardant la qualité de vie à laquelle les personnes sont attachées. Elles sont chez elles et elles peuvent, si elles le souhaitent, bénéficier de prestations d'encadrement en plus des aspects de sécurité de l'habitant. Enfin, le point sur lequel il paraît essentiel de travailler pour les prochaines années, c'est cet enjeu

de coordination et de continuité des prises en charge. En effet, chaque fois que des ruptures de coordination ou de continuité de la prise en charge arrivent, cela représente des coûts supplémentaires pour la collectivité parce que cela finit souvent par des hospitalisations ou par des institutionnalisations lorsqu'elles sont possibles.

Pour mettre tout de même un peu de baume sur les cœurs des commissaires, par rapport à ce tableau qui est plutôt difficile, M<sup>me</sup> Da Roxa indique ce que l'IMAD réalise pour mettre sa pierre à l'édifice. Elle rappelle que la structure de financement de l'IMAD est constituée de 90 % de charges de personnel, 92 % du personnel étant sur le terrain. L'IMAD a des effets de levier qui sont assez énormes. Pour pouvoir faire plus de prestations, il faut plus de collaborateurs. Ceci étant, l'IMAD a essayé de travailler sur plusieurs leviers d'efficience. Les temps de déplacements font l'objet d'un travail depuis plusieurs années à travers un plan de mobilité. Des recherches de mobilités douces permettant d'optimiser les temps de déplacements ont été réalisées. Un plan directeur des locaux existe car il est très important de pouvoir avoir des antennes dans le canton (il y en a 51) qui soient le plus proche possible des bassins de population pour lesquels l'IMAD sert des prestations. Il faut voir que le canton de Genève n'est pas une image figée. Il y a des quartiers où l'IMAD intervient beaucoup et d'autres où il n'intervient plus. Les Grottes sont un quartier en train de complètement changer de configuration avec des baux commerciaux et des baux d'affaires plutôt qu'avec des personnes âgées. A l'inverse, du côté d'Avully, d'Avusy et à des endroits où des barres d'immeubles ont été construites dans les années 70, l'IMAD n'intervenait jamais. Aujourd'hui, tout le monde arrive à la classe d'âge critique des plus de 80 ans. L'IMAD travaille aussi sur ces éléments avec un axe qui va aussi bouger. Les commissaires savent que, dans le cadre du désenchevêtrement, un des axes est de redonner aux institutions que sont l'Hospice général et l'IMAD la possibilité de négocier leurs locaux. En effet, ce n'est pas toujours facile, non pas par mauvaise volonté des communes, mais parce qu'elles n'ont pas pour vocation de trouver des solutions de bureau et de locaux aux institutions cantonales. Un point qui a également été important pour l'IMAD, c'est qu'il a procédé à l'information des dossiers patients et est passé à des outils nomades. Ainsi les infirmières, les collaborateurs ASSC et même les aides pratiques, quand elles sont à domicile, disposent de l'information dont ils ont besoin pour effectuer leurs soins. L'IMAD travaille aussi à apporter des éléments au niveau canton sur tout ce qui est outil d'évaluation clinique, ce qui est très important. L'IMAD dispose de données cliniques permettant d'orienter des prises en charge et d'alimenter le canton sur un certain nombre de préoccupations. C'est aussi la formation des collaborateurs de travailler aussi sur le case-mix, c'est-

à-dire que, si nous voulions mettre des infirmières partout, cela coûterait encore plus cher. L'option prise depuis plusieurs années à l'IMAD consiste à essayer de mettre en place la délégation infirmières-ASSC et permettre que les infirmières, pour lesquelles les recrutements deviennent de plus en plus difficiles, soient concentrées sur les situations complexes et fragiles et des prestations qui ne soient pas plus faciles, mais que des situations qui sont plus stabilisées soient déléguées aux ASSC.

En conclusion, M<sup>me</sup> Da Roxa a envie de dire que c'est une préoccupation de tous les instants de travailler en agilité en essayant de trouver des nouvelles modalités de prise en charge. L'IMAD est partie prenante sur tout ce qui est du domaine de mondossiermedical.ch avec le plan de soins partagés. L'idée est de pouvoir travailler en intime collaboration avec le médecin, le proche aidant et le patient pour se mettre d'accord sur des objets et être très calé sur la suite à donner pratiquement au jour le jour. Il s'agit d'essayer d'être le plus en phase avec un certain nombre de prestations. M<sup>me</sup> Da Roxa parle également des temps d'entrée en relation qui rétrécissent comme peau de chagrin et qui rendent les choses difficiles. Les métiers des soins sont des métiers de la relation. Aujourd'hui, les prestations sont minutées. Un catalogue national minute chaque prestation. Lorsque vous vous occupez de personnes de plus de 80 ans, à un moment donné ce n'est juste pas possible de faire quelque chose dans les temps de minutage qui sont prévus. Il ne s'agit pas de prendre un café avec chaque personne âgée, mais simplement d'accompagner des personnes qui sont fragiles et qui ne peuvent pas réagir comme une personne en pleine forme, soit du point de vue physique, soit du point de vue cognitif. L'objectif et la vision de l'IMAD sont d'essayer de garder cette qualité de soins en gardant la qualité du sens et de l'humanité tout en travaillant pour avoir les processus les plus efficaces possible.

## **Discussion**

Un député PLR revient sur un sujet qui lui tient à cœur. L'IMAD a montré qu'il était possible de diminuer les prestations superflues, notamment les aides pratiques. Elles sont financées par le centime additionnel, mais il constate que leur introduction a conduit à une dérive du système puisqu'il y a eu des abus en matière d'aides pratiques. Dans ce cadre, il y a ainsi eu une baisse de 14 % en 8 ans. Il aimerait savoir s'il est prévu que cela diminue encore.

Le député PLR note que l'IMAD avait la particularité d'avoir une hiérarchie assez plate et il craint que l'institution n'ait la tendance, qui s'est avérée réelle dans pas mal d'institutions subventionnées, à une inflation administrative. Il désire savoir comment l'IMAD lutte contre cette inflation.

Concernant le problème des silos, il y a des barres d'activités, que cela soit à l'IMAD, à l'Hospice général, aux HUG, dans les communes et dans les EMS, avec des gens qui ne se parlent pas, sauf dans des colloques. M<sup>me</sup> Da Roxa a parlé de fonds en commun, mais il n'est pas sûr que cela soit suffisant. Y a-t-il une vraie impulsion dans ce domaine ?

M<sup>me</sup> Da Roxa confirme que l'aide pratique a diminué de presque 14 % sur les huit dernières années. Rien que sur l'année 2015, la diminution a été de 5 %. Sur la planification sanitaire quantitative, il est prévu une hausse de 1 % des prestations de l'aide pratique. C'est là où il faut être attentif sur le fait que ce que l'IMAD a diminué sur ces cinq dernières années, c'est l'aide pratique de confort. Ce n'est pas qu'elle est inutile, mais à un moment donné cela n'a pas lieu de se faire dans le cadre de l'IMAD avec des fonds publics dans une logique de prise en charge de la personne en lien avec d'autres problèmes de santé. La logique est que les prestations d'aide pratique ne sont fournies par l'IMAD que lorsqu'elles contribuent à une prise en charge pluridisciplinaire en lien avec des problèmes de santé de la personne. M<sup>me</sup> Da Roxa indique que, au niveau de l'aide pratique pure (c'est-à-dire sans soins), sur les plus de 80 ans, dans la majorité de ces situations, l'aide pratique est faite et pas encore des soins, mais les soins ne sont pas très loin. Si l'aide pratique est arrêtée, les soins vont arriver plus rapidement. Il y a là un calcul à faire pour savoir si le soutien à l'autonomie doit être fait quand même pour éviter d'arriver tout de suite dans les soins. Dans la catégorie jusqu'à 65 ans, nous sommes dans une situation pour laquelle il y aura des options politiques à prendre au niveau du département de tutelle dans la mesure où ce sont beaucoup des situations de problématiques psychiques. Souvent le seul moyen de pouvoir garder des gens à domicile et de ne pas les hospitaliser, c'est de garder ce contact. Maintenant, nous pensons avoir terminé le resserrement des critères des situations, mais, évidemment, il faut accompagner le processus et les situations, nous ne pouvons pas simplement tirer la prise. Vers fin 2017, le resserrement des critères d'octroi et l'octroi de prestations de l'aide pratique de confort sera terminé. Par contre, il ne faut pas oublier que, dans la même période, nous aurons des gens qui vont entrer pour des prises en charge de soins et qui auront besoin d'être accompagnés avec de l'aide pratique. Ce que l'IMAD focalise sur les efforts d'efficacité est d'éliminer de son périmètre l'aide pratique de confort qui n'est pas corrélée à des prises en charge de soins. M<sup>me</sup> Da Roxa ne cache pas que, dans le cadre du désenchevêtrement, ce sont des choses qui vont revenir dans l'escarcelle des communes. Elle a déjà eu un positionnement avec le conseil d'administration très fort puisque les communes ont la possibilité de mandater l'IMAD pour un certain nombre de prestations moyennant rémunération. En tout cas, l'IMAD n'entrera pas en matière pour faire ces



prestations parce qu'elles ne font aucun sens dans le cadre de son corpus de prestations.

M<sup>me</sup> Da Roxa cite trois chiffres par rapport à la question de l'inflation administrative. En 2015, pour 2200 collaborateurs, il y avait 0,5 % de cadres dirigeants (concrètement, il s'agit du comité de direction et de M<sup>me</sup> Da Roxa, soit sept personnes), 1,4 % de cadres supérieurs avec fonction d'encadrement et 5,5 % de cadres intermédiaires (c'est-à-dire les responsables d'équipe ayant en moyenne 40 à 45 collaborateurs sous leurs ordres). En d'autres termes, il y a trois niveaux hiérarchiques entre la direction générale et le terrain. Au total, nous arrivons donc à 7,4 % de charges administratives et d'encadrement. M<sup>me</sup> Da Roxa ne pense pas que l'on puisse parler d'inflation dans les années à venir, mais il y a la question de l'injonction paradoxale entre ce qu'il est demandé à l'IMAD de fournir en termes de chiffres, rapports et autres statistiques au niveau canton et fédéral. Un processus est actuellement mené par M. Decosters et qui s'appelle « simple à IMAD ». Il vise le screening complet de toutes les procédures en prenant le risque, à un moment, d'alléger toujours plus. L'injonction paradoxale est : nous pouvons alléger un certain nombre de choses et en même temps, nous voyons que pour se confronter au vieillissement de la population, un besoin d'analyse médico-économétrique beaucoup plus fine sera nécessaire. Le Grand Conseil va demander, ce qui est normal, beaucoup plus de chiffres et de vérifications. Il y a un enjeu sur lequel l'IMAD travaille avec la direction générale de la santé. Parmi les objectifs du contrat de prestations, il s'agit d'être beaucoup plus fort dans la communication et dans la transparence des informations médico-économétriques, pas seulement à l'égard du Grand Conseil, mais également pour éviter d'avoir du bruit de fond, notamment du côté de Berne, sur le fait que Genève est plus cher, etc. Il faut donc mettre un peu d'énergie et de postes pour ces informations, mais M<sup>me</sup> Da Roxa peut garantir que l'inflation administrative n'est pas à l'ordre du jour pour l'instant et l'IMAD est plutôt en état de fragilité que de vision expansionniste.

Concernant les silos, M<sup>me</sup> Da Roxa comprend l'agacement sur la durée, mais ce sont des processus qui prennent du temps et qui sont souvent des enjeux de personnes. Au fur et à mesure qu'on se connaît, qu'on se reconnaît et qu'on est d'accord de faire des choses ensemble, cela va tout de suite mieux. Il y a également de vrais projets qui se mettent en route. M<sup>me</sup> Da Roxa a parlé des urgences gériatriques. L'IMAD est sur un même projet sur les urgences psychiatriques pour éviter d'avoir des situations pour lesquelles 72 hospitalisations ont eu lieu pendant l'année 2015. Tout un processus est en cours sur [mondossiermedical.ch](http://mondossiermedical.ch) avec le plan de soins partagé et le plan de médication partagé. C'est tout un travail de collaboration qui commence à

prendre avec les médecins, avec les pharmaciens et les autres organisations du réseau de soins. Même si cela va dans le bon sens, il faut voir qu'il y a peu d'incitatifs à collaborer du point de vue financier. Que cela soit le fonds commun HUG-IMAD ou autre chose, M<sup>me</sup> Da Roxa pense que, si nous voulons changer les logiques de prise en charge pour investir dans un minimum d'innovation et de réflexion, il n'est tout simplement pas possible de sortir les collaborateurs du terrain pour leur dire de réfléchir sur les pratiques professionnelles et sur la manière de réinventer les prises en charge. Il faut un minimum de moyens pour financer un certain nombre de projets pilotes. Ce n'est pas du colloque. C'est juste la manière de penser à faire autrement en y mettant un peu d'intelligence collective.

**Deuxième audition du département de l'emploi, de l'aide sociale et de la santé représenté par M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, M. Marc Brunazzi, directeur administratif et financier, M. Michel Clavel, directeur financier, et M. Adrien Bron, directeur général de la santé**

M. Bron indique que 16 % des clients de l'IMAD sont au bénéfice du RDU selon toutes les catégories concernées (la catégorie A, qui bénéficie des tarifs les plus bas, ne représente que 1,1 % des clients de l'IMAD). Le taux de subventionnement global de l'IMAD est de 70 %, soit un subventionnement plus élevé que dans tout ce qui est stationnaire, notamment hospitalier, puisque les tarifs fédéraux ont été limités à une contribution de l'assurance sociale, les cantons ayant la charge de régler le financement résiduel. Evidemment, les taux de couverture par les revenus de l'assurance sont bien inférieurs aux autres prestations LAMal. Cela reste toutefois variable en fonction des catégories de prestations. L'aide pratique, qui peut être facturée aux bénéficiaires, n'est couverte qu'à 23 % par le revenu de la facturation (c'est plus fortement subventionné que la moyenne de l'IMAD). Sur ces prestations, nous parlons des situations pour lesquelles il est très fortement pertinent d'avoir des interventions pluridisciplinaires pour un maintien à domicile. Par contre, le taux de couverture par les revenus de la facturation monte à 70 % pour tout ce qui est repas à domicile et à 60 % pour tout ce qui est sécurité.

M. Bron aborde les comparaisons par rapport aux moyennes suisses ou au canton de Vaud, notamment sur le recours aux EMS. Concernant la place d'EMS pour 1000 habitants de plus de 65 ans, il y en a 48,4 à Genève alors que la moyenne suisse est à 63,7 et le canton de Vaud à 50,6. Cela se traduit par un âge moyen d'entrée en EMS bien plus élevé à Genève que dans la moyenne suisse. La moyenne est à 83,3 ans sur la population actuellement en EMS à Genève (ce chiffre étant de 85,5 ans pour les entrées en 2015). Sur les clients EMS de longue durée, pour 1000 habitants de plus de 65 ans, il y a

62 personnes qui sont en EMS par rapport à une moyenne suisse de 83 personnes.

Si nous faisons une règle de trois consistant à mettre le canton de Genève au même niveau que la moyenne suisse par rapport à la population en termes de lits d'EMS, il faudrait 1220 lits supplémentaires. Cela correspondrait à une charge de 174 millions de francs qui serait couverte à 87 millions par l'Etat entre les prestations complémentaires et le subventionnement des soins. Même en retranchant les 1200 patients qui ne seraient plus pris en charge par l'IMAD, un surcoût de 70 millions apparaîtrait.

En conséquence, l'investissement dans les soins à domicile permet clairement d'économiser 70 millions par année.

Un député PS note qu'une question se pose concernant l'IMAD, celle de la transversalité. C'est toute la problématique du fonctionnement en silo alors qu'il faudrait avoir une synergie entre les entités concernées comme l'IMAD, les HUG et les EMS. C'est la stratégie vers laquelle il faut aller, notamment pour permettre des économies d'échelle et une meilleure efficacité. La construction d'EMS est pratiquement gelée, ce qui n'est pas évident pour l'IMAD. C'est pour cette raison qu'il soulève la question de la transversalité et du fait que chacun doit assumer sa part des soins.

M. Bron répond que c'est précisément à cela que le département s'attelle, année après année, avec la politique de réseau de soins.

M. Poggia indique que deux nouveaux EMS seront inaugurés cette année. Par ailleurs, il faut savoir que le manque de places programmé à fin 2019 n'est pas important. Il correspond à 120 places. En effet, un nombre de places en EMS est volontairement gardé en dessous des besoins tels qu'ils seraient prévus d'une manière linéaire. Un EMS est prévu pour 2019, mais il n'y a pas d'autorisation de construire déposée. Il faut que tout cela soit mis en place et fait dans des délais raisonnables ; un EMS n'est pas construit en six mois.

Le député PS fait remarquer que, si un maillon ne fonctionne pas, toute la stratégie mise en place ne pourra pas réussir.

M. Poggia confirme que cela fait partie des éléments discutés en Commission de la santé sur la planification sanitaire. Il s'agit d'expliquer la stratégie mise en place non seulement pour la période 2016-2019, mais également sur le long terme.

Un député PLR rejoint les préoccupations du réseau de soins et les liens avec les EMS. Il constate que la FEGEMS se trouve à nouveau dans une situation compliquée. Ne serait-ce pas le moment d'avoir une vision plus directive vu les montants injectés dans le système par l'Etat et les contraintes budgétaires qu'il rencontre ?

M. Poggia donne raison au député PLR. Avec le changement du secrétaire général de la FEGEMS, il était attendu d'avoir un interlocuteur pour mettre en place une collaboration plus étroite. Les EMS sont suivis prioritairement par la direction générale de l'action sociale, même si la direction générale de la santé est directement impliquée, notamment dans le cadre de la planification. Cela étant, des remaniements à ce niveau à bref délai ne sont pas exclus. Au niveau du ressenti de la direction générale de l'action sociale, c'est plutôt le fait que la FEGEMS est davantage préoccupée à maintenir ses acquis et les prestations de l'Etat qu'à mettre en place une véritable collaboration, notamment dans le domaine de la formation. Sur ce point, la DGS est directement concernée. Il est vrai que ce sont des acteurs intéressants et importants, notamment dans le cadre de ces nouvelles professions d'ASSC qui sont encouragées. Le besoin ne se situe pas seulement au niveau des écoles, mais aussi des lieux pour réaliser des stages et pour engager ces personnes.

M. Bron indique qu'il faut peut-être fixer des objectifs beaucoup plus clairement pour toutes les entités subventionnées, mais il y a quand même une injonction paradoxale. Le mouvement de ces dernières années a été de resserrer les financements publics sur des prestations bien établies, notamment par les contrats de prestations. Le constat est que cela a beaucoup cloisonné ces financements. Du coup, les prestations intéressantes et au bénéfice de l'intervenant suivant de la chaîne de soins sont beaucoup plus difficiles à réaliser qu'auparavant. Les infirmières de liaison à disposition des clients aux HUG sont des infirmières de l'IMAD alors que nous pourrions imaginer, dans un réseau de soins, que cela fasse partie de chaque institution de préparer le travail convenablement pour l'intervenant suivant, ce serait un gain d'efficience. Un équilibre est à trouver entre la bonne justification des allocations de ressources dans le cadre des contrats de prestations et une bonne fluidité du réseau de soins.

Le député PLR se souvient d'un projet de transfert des infirmières, mais aussi qu'il avait suscité des résistances. Cela relève également d'un manque de mobilité qui est dénoncé depuis longtemps sur la transversalité des postes dans le grand Etat.

M. Poggia pense que ce n'est pas tellement la question de la mobilité que de la coordination. Beaucoup d'infirmières des HUG, compte tenu du travail plus lourd au niveau des horaires notamment, essayent de travailler à temps partiel auprès d'institutions comme l'IMAD. Cette mobilité existe et elle est favorisée par une uniformité des grilles salariales. Le problème n'est pas le passage de l'un à l'autre, mais le fait de savoir être un pont entre l'un et l'autre. Compte tenu des subventions accordées aux uns et aux autres, tout le monde souhaiterait que cela soit l'autre qui mette les ressources nécessaires pour faire

ce pont. La difficulté, pour un département comme le DEAS, c'est d'avoir des lignes budgétaires créant précisément des choses nouvelles relatives à cette fluidité de l'information et de la prise en charge. Un travail cloisonné est mené en donnant une subvention aux HUG et une à l'IMAD. Le but serait qu'une partie de ce qui est donné à chacune de ces institutions soit mise dans un pot commun pour créer ces unités de liaison. C'est ce que le département essaye de faire, mais avec des difficultés insurmontables, notamment des règles comptables très coercitives. Le but n'est pas de travailler dans l'opacité, mais, même en travaillant dans la transparence, il y a des règles qui interdisent d'être créatif.

M. Bron souligne qu'il est difficile de décréter le réseau. Il ne faut pas minimiser les logiques de financement, mais il y a également des logiques de pratiques professionnelles et d'évolutions culturelles au sein des institutions. Enfin, il y a la loi. Le département travaille aussi beaucoup sur cette piste pour modifier la LSDom pour avoir des éléments plus contraignants qui associent un certain nombre d'obligations de collaboration au fait d'être financé par la manne publique.

Le député PLR remercie pour ces précisions données parce qu'on peut avoir l'impression d'être souvent dans des colloques et dans la consultation. Malheureusement, c'est peut-être le département qui doit jouer le rôle de pont.

M. Poggia signale que des choses intéressantes sont réalisées. Il y a notamment des projets pilotes qui vont apporter la démonstration de l'efficacité désirée. M. Poggia comprend les remarques sur le fait qu'il y a un problème de connexion entre les économies d'une part et les investissements d'autre part. Il y a aussi souvent un décalage temporel entre l'investissement fait dans une piste nouvelle et la contradiction des hausses obtenues dans d'autres domaines. En effet, les budgets ne baisseront pas quand une population vieillit, il n'est pas possible de dire que dans dix ans nous dépenseront moins qu'aujourd'hui. La question est de savoir quelle va être l'augmentation et si, grâce à de nouvelles pistes, elle sera contenue en faisant en sorte que la solidarité intergénérationnelle ne soit pas mise à si rude épreuve qu'elle n'éclate.

Un autre député PLR revient sur l'étude d'Avenir Suisse qui a été évoquée précédemment. Elle a le mérite d'exister, mais elle est certainement contestable sur certaines hypothèses prises en compte. Cela étant, bien entendu le canton de Genève a un taux de personnes âgées en EMS faible par rapport au reste de la Suisse. Toutefois, dans l'étude, il est indiqué que « dans le canton de GE, les coûts par personne de 65 ans ou plus sont particulièrement élevés, pas seulement en raison de coûts salariaux ou immobiliers plus hauts, mais aussi parce que les dotations en personnel y sont plus généreuses (en moyenne

de 30 %) que dans le reste de la Suisse, tant pour l'ambulatoire que pour le stationnaire ». Le député PLR pense qu'il y a beaucoup d'éléments de cette étude qui mériteraient un éclaircissement de la part du département. Le cas échéant, cette étude devrait être prise en compte pour aller plus loin dans la réflexion et prendre des mesures structurelles que le groupe PLR attend depuis longtemps puisqu'elles ont été annoncées.

Le Président fait remarquer que tous les commissaires n'ont pas forcément pris connaissance de l'étude.

M. Bron estime que la présentation de cette étude est très bien faite, mais le département ne s'y retrouve pas du tout et il ne peut valider aucun chiffre. Il n'arrive pas à reconstituer les bases de calcul utilisées. Typiquement, un coût total de 744 millions de francs est indiqué pour Genève divisé par 78 771 personnes comme indiqué par le député PLR. Mais nous ne savons absolument pas d'où ces chiffres sortent ; l'étude est très problématique. Par ailleurs, la citation rapportée par le député PLR est contradictoire par rapport à la page 12 de l'étude où la dotation en personnel soignant de 0,70 à 0,79 ETP pour 1000 personnes alors qu'elle est supérieure dans presque tout le reste de la Suisse.

M. Poggia ajoute qu'une analyse de cette étude a été lancée. L'IMAD procède également à un examen de celle-ci puisque c'est l'acteur principal dans ce domaine. Le sentiment est que, sous une apparence de caractère scientifique, Avenir Suisse essaie (comme Genève-Cliniques dans un autre domaine) de faire passer un message consistant à dire qu'il est possible d'être plus efficient et qu'il y a des acteurs du secteur privé qui sont plus efficientes. Or, la comparaison est faite entre des pommes et des poires puisque les acteurs autres que l'IMAD qui interviennent dans le domaine n'ont absolument pas l'obligation de prendre en charge comme l'IMAD (avec une intervention 24h/24, tous les jours de la semaine, y compris le week-end, ce qui implique d'avoir des équipes organisées pour cela, etc.). Quant aux acteurs privés, ils peuvent sélectionner leurs patients en fonction du personnel à disposition. Une réflexion est en cours sur ce sujet compte tenu de la multitude d'acteurs qui ont vu l'intérêt à offrir des prestations dans le domaine de l'aide à domicile. La demande va augmenter et l'offre a bien compris qu'elle pouvait suivre et que, si elle pouvait être garantie par les finances publiques, elle serait encore plus heureuse. Le département a une procédure dans ce domaine avec un certain nombre d'acteurs qui s'est terminée par une décision qui va davantage dans le bon sens par rapport à ce qu'on pouvait craindre initialement. En effet, le droit fédéral impose aux cantons le financement du coût résiduel. La LAMal intervient pour les prestations selon l'OPAS. Il y a également la participation de la personne qui peut aller de 0 à 20 % au maximum, soit entre 0 et 16 F par

jour d'intervention. Genève a choisi une position médiane en mettant 8 F par jour à la charge de la personne qui est prise en charge par la collectivité pour ceux qui ne peuvent pas l'assumer, mais tout le reste est à la charge du canton. Depuis 2012, il y a un changement des paradigmes puisque le canton assume tout, sauf ce qui est mis à la charge de la LAMal et qui devient la portion congrue. En effet, la Confédération a bien compris que c'est un secteur dans lequel les coûts vont exploser et elle les a donc refilés aux cantons. Ces entités demandent par conséquent que le canton participe à ce coût résiduel. C'est là qu'il y a une procédure qui a donné quelques pistes et le département est en train de mettre en place des changements réglementaires dans ce domaine pour canaliser cette offre qui arrive de manière croissante dans le canton et qui est désireuse de participer à cette manne financière qu'on pense infinie.

M. Poggia a l'impression qu'Avenir Suisse sert un peu la soupe à ces entités concurrentes à l'IMAD avec des chiffres qui laissent songeurs. Il faut analyser les choses et, si le canton de Genève est le plus cher, il faut, le cas échéant, comprendre pourquoi et faire en sorte qu'il ne le soit plus. Tout cela est étudié de manière sérieuse et un compte-rendu pourra être ensuite fait à la commission si elle le souhaite.

Le député PLR estime que c'est précisément la planification sanitaire qui pose un souci. Les commissions spécialisées du Grand Conseil s'occupent de problèmes politiques tels que la planification sanitaire, mais elles n'ont souvent pas la vue d'ensemble sur la partie financière et ne considèrent pas que ce soit leur souci. Du coup, la Commission des finances regarde le problème financier, mais sans avoir toute la partie de la planification sanitaire. Au regard d'une telle étude, il y a peut-être quelque chose à faire. Le PLR sera donc attentif et il remercie M. Poggia et son département de creuser un peu cette étude pour voir ce qu'il en ressort et, le cas échéant, prendre certaines mesures ou ébaucher des pistes d'amélioration de la situation.

M. Poggia confirme que nous ne sommes pas dans une période d'aisance budgétaire. Compte tenu des restrictions imposées par la réalité des faits et par le Conseil d'Etat, la période ne nous permet pas de continuer allègrement comme nous avons commencé. Cas échéant, nous arriverons à un moment où la réponse aux personnes âgées qui demandent une prise en charge sera que celle-ci se fera seulement dans deux ou trois mois. Mais nous ne pouvons justement pas nous le permettre en termes d'efficacité et de finances des coûts des soins.

Une députée PDC trouve que l'enquête d'Avenir Suisse est intéressante. La première question est de savoir quels sont les biais qui ne sont pas pris en considération dans les statistiques utilisées – par exemple, par rapport aux coûts, la typologie des patients résidents qui sont pris en charge par l'IMAD

ou par les EMS. Si cela n'est pas pris en compte, il est impossible de faire un comparatif du personnel et des moyens mis en œuvre pour ces gens. Le problème est que des comparatifs entre les cantons ne sont pas possibles car ils sont incapables d'avoir les mêmes instruments de mesure. Même à l'intérieur du canton de Genève, l'instrument de mesure par rapport à la demande en soins des patients résidents n'est pas le même entre les HUG, l'IMAD et les EMS. Du point de vue de la prise en charge globale d'un patient, ce ne sont pas les mêmes instruments et ce n'est donc pas comparable de l'un à l'autre. Pour avoir des chiffres comparables, il faudrait se pencher sur ce point. Par ailleurs, s'il est confirmé qu'il y a 30 % de dotation en personnel en plus à Genève, ce n'est pas forcément choquant si la typologie des patients pris en charge est totalement différente. S'il faut s'occuper de quelqu'un qui est complètement autonome pour se lever et aller prendre sa douche ou de quelqu'un qu'il faut soulever avec une cigogne et installer dans la douche dans un siège adapté, etc., il est logique que cela ne soit pas du tout la même chose. La députée PDC trouve qu'il est dommage que l'étude ne mette pas cela en avant.

La députée PDC constate que la comparaison faite par M. Poggia avec les autres prestataires de soins à domicile n'est pas tout à fait juste. En effet, il arrive à l'IMAD de refuser des cas et que cela soit la CSI qui les prenne en charge. Sitex est plutôt complémentaire par rapport à l'IMAD et n'intervient pas sur les mêmes situations, mais la CSI intervient sur des situations de même type que l'IMAD. Maintenant, ce qui serait indispensable pour que le réseau fonctionne, c'est que chacun connaisse mieux les acteurs des autres structures. Les infirmières payées depuis longtemps par l'IMAD aux HUG connaissent bien les HUG et un peu l'IMAD, mais elles ne connaissent pas bien le réseau, sans parler du niveau de connaissance lié aux niveaux de responsabilité au sein des structures. Quand vous parlez aux responsables de secteur à l'IMAD ou ailleurs, ils ont souvent une connaissance du réseau qui n'est pas bonne. La députée PDC demande comment cela se passera quand ce sera les gens malades qui seront pris en charge par l'IMAD et les gens non malades par les communes et à quel moment la décision de classer une personne malade ou non va intervenir. La députée PDC n'est pas vraiment sûre que cela soit possible sans améliorer au préalable ce concept de réseau, mais elle partage le problème que pose un financement fait de manière très précise sur telle ou telle tâche qui conduit à ce que personne ne veuille assumer la charge de « pont ». Elle estime que ce qui a été dit sur la perméabilité du système entre les HUG et l'IMAD n'est pas tout à fait juste. L'IMAD a choisi d'avoir une politique des ressources humaines qui refuse des temps partiels inférieurs à 80 %. Cela présente un vrai problème pour l'engagement de mères de famille qui désirent travailler à 60 ou 70 %.



La députée PDC est d'accord que les commissions spécialisées sont moins sensibles que la Commission des finances aux aspects financiers. En même temps, nous n'avons pas le droit de limiter le principe de l'entrée en EMS à une question de coût comme un certain nombre de mesures en termes d'aide à vivre. L'entrée en EMS, pour les personnes qui sont restées longtemps à domicile avec des troubles importants et avec des personnes qui décèdent autour d'elles, reste quelque chose de dur et violent pour les familles. Nous ne pouvons pas simplement nous limiter, comme le fait l'étude d'Avenir Suisse, à dire que cela coûte moins cher d'être en EMS ou à domicile. Il y a une liberté de choix que notre société permet et nous ne pouvons pas juste nous arrêter à l'aspect financier.

M. Poggia fait remarquer qu'il ne faut pas oublier que l'IMAD applique la grille salariale de l'Etat, ce qui n'est pas le cas des entités de droit privé. Quelque part, le canton de Genève est aussi pénalisé pour être bon puisqu'une personne va en EMS plus tard que dans d'autres cantons et qu'elle y arrive donc en moins bon état de santé. Se dire que les gens en EMS à Genève coûtent plus cher que dans un EMS dans le canton du Valais, c'est oublier qu'ils sont en moins bonne santé à Genève, précisément parce que tout a été fait pour qu'ils restent plus longtemps chez eux grâce à l'aide à domicile.

Un député MCG trouve dommage que l'étude d'Avenir Suisse soit aussi mal faite. Les types de résidents d'EMS ne sont pas les mêmes entre les cantons. Une personne âgée dépendante coûtera ainsi plus cher. Le député MCG a passé un quart d'heure pour essayer de comprendre un graphique et est arrivé à la conclusion qu'il était incompréhensible et qu'il avait été mal fait par *L'Hebdo*. Cela crée des légendes urbaines ou des données mensongères pour faire croire que Genève est plus mauvais que les autres. Il ne sait même pas si c'est intelligent de faire des comparatifs à ce niveau. Il est beaucoup plus intelligent d'avoir une meilleure gestion. Dans la situation actuelle des EMS genevois, des problèmes de gestion restent récurrents, en tous cas pour les pensionnés et les familles. Pour avoir discuté avec un médecin qui va beaucoup dans les EMS et pour y être allé de manière personnelle, il s'est bien rendu compte qu'il peut y avoir des défaillances le week-end par exemple. Certaines personnes âgées sont laissées dans un état de déshydratation, il y a des situations de petites maltraitances ; des conseils d'administration d'EMS appartenant à des communes ne font pas leur travail de surveillance. Il y a des défaillances dans la gestion au niveau de l'humanité, des gens qui souffrent. Il y a un inlassable travail de fond à faire pour empêcher que ces petites maltraitances se fassent, même si cela a un coût. Cela étant, le député MCG ne pense pas que c'est une question de coût, mais de volonté. Autre élément important, la gestion doit être bonne non seulement pour qu'il n'y ait pas de

gaspillage, mais pour une bonne gestion en termes qualitatifs. C'est un aspect qui n'apparaît toutefois pas dans l'étude d'Avenir Suisse.

Le Président rappelle que le projet de loi traite de l'IMAD et non des EMS. Cela étant, le DEAS pourrait venir présenter ultérieurement son analyse de l'étude d'Avenir Suisse.

Une députée PS estime que résumer la santé et la vie des personnes âgées et très âgées dans un business plan comporte certaines limites. Par rapport à l'étude d'Avenir Suisse, on voit qu'à Genève l'évolution des soins à domicile a permis d'éviter des coûts en termes d'EMS ou d'hospitalisations. En ce qui concerne la coordination et les relations avec les autres services, il faut aussi avoir le temps de le faire quand il faut répondre aux soins et aux besoins sans avoir de marge et avec une compression maximale du temps de travail. Le département s'occupe de la coordination de par sa mission et imaginer que cela soit fait différemment veut aussi dire qu'il faut quantifier cela et donner les financements adéquats. La députée PS estime que le rôle du département est primordial et que les indicateurs et tout ce que contient déjà le projet de loi sont déjà bien affinés. Des options sur l'avenir sont posées ; des réflexions peuvent toujours être ouvertes, mais la proposition faite dans le projet de loi est intéressante et acceptable. La députée PS désire savoir si le précédent contrat de prestations comprenait déjà des objectifs spécifiques en termes d'efforts de formation.

M. Bron répond que, dans le précédent contrat de prestations, il y avait des cibles mises sur des missions d'intérêt général, mais, vu que c'est aussi tributaire d'une coordination avec le DIP, les choses ont été mises de manière distincte dans le nouveau contrat de prestations.

Un député PS souhaite savoir ce qu'il est possible de faire par rapport aux frais de déplacement du personnel de l'IMAD qui ne sont pas pris en compte. C'est un problème par rapport aux assurances-maladie.

M. Poggia confirme que le nombre d'heures de déplacement ne pouvant pas être facturées a été estimé à 300 000 heures. D'ailleurs, ce n'est pas une lacune de loi fédérale, mais une volonté. Ils se sont expressément prononcés dans ce sens. Par ailleurs, le canton de Genève a des primes qui sont supérieures à presque tous les cantons, mais il a le même tarif de rémunération des prestations, or les primes sont plus élevées notamment parce que le coût de la vie est plus élevé à Genève. Il se trouve que les points sont fixés par TARMED, mais la valeur du point change d'un canton à l'autre. Pour les SwissDRG, le nombre de points est aussi le même partout pour chaque intervention, mais la valeur du point peut changer, même si cela reste inférieur à la réalité puisque le canton paie la différence. Néanmoins, il en est tenu

compte. Ici, il n'en est pas tenu compte alors qu'il y a quand même, au niveau des salaires des collaborateurs, des coûts supplémentaires objectifs et reconnus par rapport aux autres cantons. Il y a là des inégalités de traitement, sans qu'il n'y ait une volonté de changer les choses. Souvent, quand il n'y a pas assez de lésés dans un système, il n'y a pas de volonté politique de le faire changer.

Le député PS fait remarquer que les heures de déplacement sont comptées pour les ambulanciers. Quant aux HUG, ils n'ont pas ce problème puisque ce sont les malades qui se déplacent généralement à l'hôpital. La spécificité de l'IMAD, contrairement aux EMS et aux HUG, est que son personnel se déplace chez la personne à laquelle elle fournit des soins. C'est un problème important à régler.

M. Poggia est conscient de ce problème, mais il n'est pas possible de le régler au niveau cantonal.

Un député UDC demande si la politique de maintien à domicile n'aura pas un effet collatéral déplaisant. En effet, si ces personnes sont en EMS, il n'y a pas de frais de déplacement. Il approuve cette politique, mais il se demande s'il n'y aura pas une distinction à faire à ce niveau.

M. Poggia considère que, malgré cette anomalie, le canton est quand même gagnant en suivant les gens à domicile. En effet, le coût est bien supérieur en EMS et 75 % des personnes en EMS sont à charge des prestations complémentaires déplaçonnées et, donc, du canton.

### **Prises de position avant vote (communes aux PL 11844 et 11845)**

Un député PDC indique que son groupe est très favorable à cette politique qui rend service à la population. Nous avons besoin de ces services. Le système consistant à ce que des sociétés coopératives et des sociétés anonymes réalisent une partie du travail que devrait faire l'IMAD est une bonne solution. Cela étant, le député PDC a quelques interrogations quand l'Etat subventionne une société anonyme qui n'est pas de droit public. Tout d'abord, il espère que l'Etat se garantit, avant de verser la subvention, que toutes les charges sont bel et bien payées. Par ailleurs, quand cette société anonyme vient dire à la Commission des finances qu'elle offre un certain nombre d'heures pro bono, notamment pour les frais de transport et autres, et que cela est quelque part subventionné par une autre activité de cette société anonyme, le député se demande ce qu'il en sera de tout cela le jour où cette société anonyme se vendra. Avec cette subvention, l'Etat aura participé à la vie de cette société anonyme qui peut se vendre du jour au lendemain et nous pouvons nous demander à qui profiteront les gains. Le député PDC invite le Conseil d'Etat à regarder cela de plus près et à voir si cette société anonyme ne pourrait pas être

transformée en société anonyme de droit public ou avoir une participation qui permette à l'Etat un droit de regard un peu plus réaliste. En résumé, le groupe PDC votera en faveur de ces deux projets de lois, mais avec l'interrogation exprimée.

La députée Verte trouve que la commission a réalisé des auditions intéressantes. C'était important qu'elle se penche un peu plus sur cette politique publique et sur la question des soins à domicile qui va prendre de plus en plus d'ampleur. Certains étaient assez prompts à dire que Sitex ou les petites entités travaillaient de manière beaucoup plus économique que l'IMAD, mais, comme l'a relevé M. Poggia, c'est un peu la même comparaison qu'on peut faire entre les cliniques privées et les HUG. L'IMAD a en effet l'obligation d'accepter tous les patients. C'est également une grosse machine, ce qui implique une certaine charge administrative qui ne peut pas être comparée avec celles de petites entités. Cela étant, ça crée un paysage assez complémentaire dans les soins à domicile. C'est bien qu'il y ait une certaine diversité et elle pourrait peut-être même être accrue en ayant davantage de petites structures. La députée partage néanmoins le souci du député PDC par rapport au fait de subventionner des structures complètement privées sous forme de S.A.

La députée Verte pense qu'il faut également faire attention avec la question des salaires. Les commissaires ont entendu que le salaire des infirmières de Sitex est 1000 F plus bas que celui des HUG ou de l'IMAD. Certains s'en félicitaient parce que cela coûte moins cher, mais cela crée quand même quelque chose d'assez malsain dans un marché où des personnes font grosso modo le même travail et subissent une très forte pression (que cela soit à l'IMAD ou chez Sitex). Si nous pouvons nous féliciter d'une certaine diversité, il faut faire attention à ce qu'il y ait des conditions de travail qui conservent une certaine homogénéité. C'est une réflexion qui va se poursuivre et ce point a aussi été évoqué à la Commission de la santé. Il va donc certainement y avoir une réflexion dans les prochaines années à ce sujet. La députée relève également que ce sont des contrats de prestations qui couvrent une période qui est déjà en cours. Elle pense qu'il faut maintenant voter et le groupe des Verts se prononcera en faveur de ces projets de lois.

Une députée PS annonce que le groupe socialiste votera ces projets de lois. L'IMAD et les soins à domicile sont une politique prioritaire vu le vieillissement de la population. Nous avons vu, lors de l'audition de l'IMAD, que des réflexions étaient en cours au niveau de la coordination romande de nouveaux projets. Même avec une sensible augmentation du contrat de prestations, nous nous rendons compte que les gens sur le terrain sont en train de courir. Cela a notamment été relevé par Sitex. Nous avons un réel souci sur le moyen à long terme pour maintenir cette prestation qui semble indispensable

dans l'état actuel par rapport à la population et, notamment, au vieillissement de celle-ci. Par rapport à Sitex, c'est un peu une niche. Il est également vrai qu'il faut tenir compte de ce que le député PDC a relevé. La députée PS ne sait pas s'il y a quelque chose à ce niveau dans les critères d'évaluation, mais il est important qu'il y ait un suivi de cette aide financière accordée à Sitex. Au niveau de l'hospitalisation à domicile, la prestation est effective, mais il faut se demander jusqu'où nous pourrions le faire par rapport aux hospitalisations dans le cadre des HUG. Elle pense qu'il faut avancer encore dans cette voie pour pouvoir tirer un bilan à la fin du présent contrat de prestations sur cette hospitalisation à domicile. En résumé, le groupe socialiste soutiendra ce projet de loi.

Un député MCG constate que l'on arrive maintenant à un vieillissement de la population. Cela étant, l'aide à domicile permet de réduire une partie du coût énorme que représentent les hospitalisations, mais permet aussi aux gens d'avoir davantage de confort. Les dispositifs prévus dans le PL 11845, notamment les foyers de jour, permettent aussi de lutter contre la solitude et d'aider les personnes à avoir une vie plus digne. Il y a également l'intégration dans ce dispositif de la société Sitex qui fait un travail de qualité pour que les gens aient des soins de haut niveau à domicile. C'est quelque chose qui permet d'améliorer concrètement la vie des personnes malades, âgées ou en difficulté. Le député MCG pense qu'il est important de soutenir cette politique. Il faut également relever que l'IMAD a passablement serré la vis au niveau de tout ce qui est aide-ménagère puisqu'il y aurait une augmentation massive des coûts si on laissait libre cours à toutes les demandes. Maintenant, cela va plutôt être aux communes de gérer cette part et nous entrons donc également dans la répartition des tâches entre les cantons et les communes. Dans ce cadre, il est certain que le groupe MCG ne peut que voter en faveur des deux projets de lois.

Le député EAG signale que le groupe se rallie aux deux projets de lois. Il exprime également des craintes sur le contrôle de sociétés privées et il pense que l'IMAD aurait besoin de moyens supérieurs pour répondre à ses missions actuelles, mais ce n'est pas suffisant pour ne pas soutenir ces projets de lois.

Un député UDC fait savoir que l'UDC est conscient des besoins de la population vieillissante. Il salue cette disposition qui n'est pas due à l'IMAD, mais à la volonté politique de maintenir le plus longtemps possible les personnes à domicile. Nous voyons que c'est la population résidente et qui a travaillé chez nous qui mérite que cet effort soit fait. Le seul regret de l'UDC, c'est qu'il n'y a pas plus un effet de vases communicants et que le supplément qu'il est nécessaire de donner de ce côté ne soit pas revu et mieux construit. Par contre, l'UDC tient à relever qu'il y a, dans ces montants, une indemnité

complémentaire en vue de couvrir les besoins de la formation du personnel d'aide à la santé, ce qui est à saluer. Le groupe UDC soutiendra donc les deux projets de lois.

Un député PLR annonce que le groupe PLR soutiendra ces projets de lois. Il trouve bien que des acteurs privés comme Sitex soient intégrés dans le dispositif ; c'est la question d'un service de niche. Ils se sont spécialisés dans un domaine où l'IMAD a plus de difficultés à agir. Par rapport à l'IMAD, le groupe PLR a des préoccupations, même si l'institution est gérée par une direction très dynamique et qui n'est pas pléthorique (elle a une structure hiérarchique assez plate, ce qui est à saluer). En revanche, il existe un problème de silo entre les différents prestataires et services dans le domaine des soins et de la prise en charge des personnes âgées. Les gens ne se parlent pas alors que cela fait longtemps que les commissaires entendent parler de ce réseau de soins qui ne sert à peu près qu'à réunir des colloques et des commissions. La collaboration avec les HUG s'est, certes, améliorée, mais avec les EMS elle reste difficile. Le député PLR estime, tout libéral qu'il soit, que, dans des domaines où la subvention est tellement importante, une politique plus directive du département serait bienvenue. Il faut également évoquer le sujet de la formation. Il faut lire entre les lignes que l'IMAD a eu toutes les peines du monde à ce que les classes en ASSC soient ouvertes et le DIP a longtemps traîné des pieds avant d'accepter que cela soit fait. Là aussi, le silo entre les gens sur le terrain à l'IMAD et les grands penseurs du DIP devrait être un peu plus perméable pour que, dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, la formation soit en adéquation avec les besoins de la population. C'est un très bon exemple où il y a une inadéquation totale entre la position du DIP et les besoins de l'IMAD. Il est vrai que l'IMAD a été assez courageuse de persévérer dans cette voie. Pour toutes ces raisons et bien d'autres encore, le groupe PLR soutiendra ces projets de lois.

### **Vote en premier débat**

Le Président met aux voix l'entrée en matière sur le PL 11844.

<b>L'entrée en matière du PL 11844 est acceptée à l'unanimité par :</b> 13 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 1 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 3 MCG)
--

### **Vote en deuxième débat**

Le Président met aux voix l'article 1 « Convention de prestations ».

**Pas d'opposition, l'article 1 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 2 « Indemnité ».

**Pas d'opposition, l'article 2 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 3 « Indemnité non monétaire ».

**Pas d'opposition, l'article 3 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 4 « Programme ».

**Pas d'opposition, l'article 4 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 5 « Durée ».

**Pas d'opposition, l'article 5 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 6 « Couverture partielle des dépenses ».

**Pas d'opposition, l'article 6 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 7 « But ».

**Pas d'opposition, l'article 7 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 8 « Prestations ».

**Pas d'opposition, l'article 8 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 9 « Contrôle interne ».

**Pas d'opposition, l'article 9 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 10 « Relation avec le vote du budget ».

**Pas d'opposition, l'article 10 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 11 « Contrôle périodique ».

**Pas d'opposition, l'article 11 est adopté.**

Le Président met aux voix l'article 12 « Lois applicables ».

**Pas d'opposition, l'article 12 est adopté.**

**Vote en troisième débat**

**Le PL 11844 dans son ensemble est adopté à l'unanimité par :**  
13 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 1 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 3 MCG)

Au vu de ces explications, la commission vous encourage, Mesdames et Messieurs les députés, à faire un bon accueil à ce projet de loi.



## **Projet de loi (11844)**

### **accordant une indemnité annuelle de fonctionnement à l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour les années 2016 à 2019**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève  
vu l'initiative populaire « soins à domicile » déposée en chancellerie d'Etat le  
12 mars 1985;

vu la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile du 26 juin 2008;

vu la loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile du 18 mars  
2011;

décète ce qui suit :

#### **Art. 1 Contrat de prestations**

<sup>1</sup> Le contrat de prestations conclu entre l'Etat et l'Institution de maintien,  
d'aide et de soins à domicile (ci-après : IMAD) est ratifié.

<sup>2</sup> Il est annexé à la présente loi.

#### **Art. 2 Indemnité**

<sup>1</sup> L'Etat verse à l'IMAD, sous la forme d'une indemnité monétaire de  
fonctionnement, au sens de l'article 2 de la loi sur les indemnités et les aides  
financières, du 15 décembre 2005, les montants suivants :

153 002 164 F en 2016

161 902 164 F en 2017

168 302 164 F en 2018

173 002 164 F en 2019.

<sup>2</sup> A ces montants s'ajoute une indemnité complémentaire de fonctionnement  
destinée à couvrir les objectifs spécifiques d'effort de formation  
supplémentaire de l'IMAD dans le cadre des mesures de lutte contre la pénurie  
des professionnels de la santé. Cette indemnité permet, dès la rentrée 2016, le  
triplément du nombre d'apprentis ASSC (assistant-e-s en soins et santé  
communautaire) de 1<sup>re</sup> année en comparaison avec 2015.

Elle perçoit, à ce titre, une indemnité complémentaire de :

253 800 F en 2016

475 350 F en 2017

414 900 F en 2018

414 900 F en 2019.

<sup>3</sup> Dans la mesure où l'indemnité n'est accordée qu'à titre conditionnel au sens de l'article 25 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, son montant fait l'objet d'une clause unilatérale du contrat de prestations. Cette clause peut être modifiée par décision du Conseil d'Etat dans les cas visés par l'article 10, alinéa 2.

<sup>4</sup> Il est accordé, au titre des mécanismes salariaux annuels, un complément d'indemnité calculé sur la masse salariale de l'entité au prorata de la participation de l'Etat (subvention d'exploitation) à la couverture des charges, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.

<sup>5</sup> L'indexation décidée par le Conseil d'Etat donne également lieu à une augmentation de l'indemnité. Ce complément est calculé sur la masse salariale de l'entité au prorata de la participation de l'Etat (subvention d'exploitation) à la couverture des charges. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.

<sup>6</sup> Il est accordé, au titre de compléments CPEG (caisse de prévoyance de l'Etat de Genève) décidés par le Conseil d'Etat, un complément d'indemnité calculé sur la masse salariale de l'entité et au prorata de la participation de l'Etat (subvention d'exploitation) à la couverture des charges, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré. Les autres dispositions relatives notamment aux mesures d'assainissement de la caisse de pension demeurent réservées.

<sup>7</sup> Le contrat de prestations peut faire l'objet d'un avenant soumis au Grand Conseil, notamment en fonction de variations significatives de l'activité ou des coûts des prestations liées, notamment :

- à la démographie et au vieillissement de la population;
- à l'augmentation des maladies chroniques, dégénératives, oncologiques, cardio-vasculaires ainsi que celles liées à la santé mentale;
- à l'augmentation de la prise en charge de personnes non en âge AVS, notamment handicapées;
- à la densification / complexification de la prise en charge dans le cadre du virage ambulatoire;

- à l'accroissement des situations aiguës, instables et complexes, notamment en lien avec la mise en œuvre progressive des AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups);
- à l'augmentation des prestations 7 jours sur 7 avec l'intensification des sorties des hôpitaux le week-end et les effets sur le personnel (récupération obligatoire au sens de la loi sur le travail);
- aux ouvertures de nouveaux immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) et/ou d'unités d'accueil temporaire de répit (UATR) dont la gestion est confiée à l'IMAD;
- aux éventuelles modifications de tarifications fédérales et/ou d'activités rendues obligatoires par la LAMal dans le domaine du maintien à domicile;
- au renchérissement des salaires moyens dû à l'engagement de professionnels de plus en plus qualifiés, notamment d'infirmier-ère-s spécialistes cliniques, de clinicien-ne-s, d'assistant-e-s en soins et santé communautaire dans les équipes pluridisciplinaires;
- aux activités nouvelles demandées par l'Etat à l'IMAD.

### **Art. 3 Indemnité non monétaire**

<sup>1</sup> L'Etat met à disposition de l'IMAD, sans contrepartie financière, ou à des conditions préférentielles, un immeuble.

<sup>2</sup> Cette indemnité non monétaire est valorisée à 391 790 F pour les années 2016 à 2019 et figure en annexe aux états financiers de l'Etat et de l'IMAD. Ce montant peut être réévalué chaque année.

### **Art. 4 Programme**

<sup>1</sup> L'indemnité monétaire de fonctionnement est inscrite au budget annuel de l'Etat voté par le Grand Conseil sous le programme K01 « Réseau de soins » sous la rubrique budgétaire 07153140 363400 projet S180770000.

<sup>2</sup> L'indemnité monétaire complémentaire pour la formation est inscrite au budget annuel de l'Etat voté par le Grand Conseil sous le programme K01 « Réseau de soins » sous la rubrique budgétaire 07152110 363600 projet S180370000.

### **Art. 5 Durée**

Le versement de ces indemnités prend fin à l'échéance de l'exercice comptable 2019. L'article 10 est réservé.

## **Art. 6 Couverture partielle des dépenses**

En couverture partielle des dépenses prévues à l'article 2, pour la période 2016-2019, la perception d'un centime additionnel par franc et fraction de franc sur le montant de l'impôt sur le revenu et la fortune des personnes physiques, acceptée en votation populaire le 16 février 1992, est reconduite pour les exercices 2016, 2017, 2018 et 2019.

## **Art. 7 But**

Cette indemnité doit permettre à l'IMAD, en complément des autres sources de financement selon l'article 7 LIMAD (produit de ses activités, produit de la facturation aux assureurs-maladie, toute autre forme de subventionnement ou de rémunération versée par les collectivités publiques, dons et legs) :

- d'assurer des prestations d'aide, de soins et d'accompagnement social favorisant le maintien à domicile des personnes et permettant de préserver leur autonomie. Ces prestations sont fournies à domicile, dans les centres de maintien à domicile et leurs antennes, ainsi que dans les structures intermédiaires, en collaboration avec le médecin traitant, la famille et les proches;
- de participer activement aux programmes de prévention des maladies et des accidents et de promotion de la santé, notamment en matière d'information et d'éducation à la santé, coordonnés par le département chargé de la santé;
- de coopérer avec les autres partenaires du réseau de soins, publics ou privés, les communes et les milieux associatifs;
- de poursuivre et développer sa contribution active à la lutte contre la pénurie des professionnels de la santé dans le cadre de sa mission de formation.

## **Art. 8 Prestations**

L'énumération, la description et les conditions de modifications éventuelles des prestations figurent dans le contrat de droit public.

## **Art. 9 Contrôle interne**

<sup>1</sup> L'IMAD doit respecter les principes relatifs au contrôle interne prévus par la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013.

<sup>2</sup> L'IMAD doit mettre en œuvre un système de contrôle interne conforme aux normes et principes édictés par l'Etat.

**Art. 10 Relation avec le vote du budget**

<sup>1</sup> L'indemnité n'est accordée qu'à la condition et dans la mesure de l'autorisation de dépense octroyée par le Grand Conseil au Conseil d'Etat dans le cadre du vote du budget annuel, sous réserve de l'inscription par le Conseil d'Etat des montants budgétaires concernés pour les années considérées.

<sup>2</sup> Si l'autorisation de dépense n'est pas octroyée ou qu'elle ne l'est que partiellement, le Conseil d'Etat doit adapter en conséquence le montant de l'indemnité accordée, conformément à l'article 2, alinéa 3.

**Art. 11 Contrôle périodique**

Un contrôle périodique de l'accomplissement des tâches par le bénéficiaire de l'indemnité est effectué, conformément à l'article 22 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, par le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé.

**Art. 12 Lois applicables**

La présente loi est soumise aux dispositions de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux dispositions de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013, ainsi qu'aux dispositions de la loi sur la surveillance de l'Etat, du 13 mars 2014.

Page 1 de 45



## Contrat de prestations 2016-2019

entre

- **La République et canton de Genève (l'Etat de Genève)**  
représentée par Monsieur Mauro Poggia  
Conseiller d'Etat en charge du Département de l'emploi, des  
affaires sociales et de la santé (ci-après DEAS),

d'une part,

et

- **L'institution de maintien, d'aide et soins à domicile**  
ci-après désignée "imad"

représentée par Monsieur Moreno Sella, président du conseil  
d'administration et Madame Marie Da Roxa, directrice générale,

d'autre part.

**TITRE I - Préambule***Introduction*

1. Conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières du 15 décembre 2005 (LIAF), le Conseil d'Etat de Genève, par voie du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (ci-après DEAS), entend mettre en place des processus de collaboration dynamiques, dont les contrats de prestations sont les garants. Le présent contrat de prestations est établi conformément aux articles 11 et 21 de la LIAF.

*But des contrats*

2. Selon l'article 21 de la LIAF, les contrats de prestations ont pour but de :

- déterminer le but et les objectifs visés par l'indemnité;
- préciser le montant et l'affectation de l'indemnité consentie par l'Etat ainsi que le nombre et l'échéance des versements;
- définir les prestations offertes par l'imad ainsi que les conditions de modification éventuelles de celles-ci;
- fixer les obligations contractuelles et les indicateurs relatifs aux prestations.

*Principe de proportionnalité*

3. Les parties tiennent compte du principe de proportionnalité dans l'élaboration du contrat en appréciant notamment :

- le niveau de financement de l'Etat par rapport aux différentes sources de financement de l'imad;
- l'importance de l'indemnité octroyée par l'Etat;
- les relations avec les autres instances publiques.

*Principe de bonne foi*

4. Les parties s'engagent à appliquer et à respecter le présent contrat et les accords qui en découlent avec rigueur et selon le principe de la bonne foi.

## TITRE II - Dispositions générales

### Article 1

#### *Bases légales et conventionnelles*

Les bases légales, réglementaires et conventionnelles relatives au présent contrat de prestations sont :

- la loi sur les indemnités et les aides financières du 15 décembre 2005 (LIAF) D1 11, son règlement d'application du 20 juin 2012 (RIAF) D 1 11.01 et ses directives d'application;
- la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat du 4 octobre 2013 (LGAF) D1 05 et ses règlements d'application ;
- la loi sur la surveillance de l'Etat du 13 mars 2014 (LSurv) D 1 09 ;
- la loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile du 18 mars 2011 (LIMAD) K1 07;
- la loi sur le réseau de soins et de maintien à domicile du 26 juin 2008 (LSDom) K 1 06 et son règlement (RSDom) K 1 06.01 ;
- la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS) K 1 03 ;
- la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et ses ordonnances d'application ;
- la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal) J 3 05 ;
- la convention nationale suisse sur les soins de longue durée du 20 décembre 2010, passée entre santésuisse, l'Association Suisse d'Aide et de Soins à Domicile et l'Association Privée Spitex Suisse;
- la convention d'ergothérapie du 1<sup>er</sup> janvier 2005 passée entre l'association suisse d'ergothérapie, santésuisse et la Croix-Rouge Suisse ;
- le règlement fixant le tarif-cadre des prestations fournies par l'imad et Sitex SA, en matière de soins aigus et de transition du 20 avril 2011 (RTCADom) J 3 05.20 ;
- la loi sur l'action publique en vue d'un développement durable (Agenda 21) du 23 mars 2001 (LDD) A 2 60 ;
- le plan stratégique du canton de Genève en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap, approuvé par le Conseil d'Etat en date du 17 décembre 2010 ;
- les rapports du Conseil d'Etat au Grand Conseil, notamment :
  - les rapports de planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015, du 11 mai 2011 et 2016-2019 (en cours) ;
  - le rapport sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, rapport POLPAGE (RD 952)



- le rapport sur l'évaluation de l'unité mobile d'urgences sociales (UMUS)
- le rapport sur la motion 2155 "Proches aidants : des solutions pratiques" ?
- le rapport sur l'évaluation de l'exploitation des unités d'accueil temporaire de répit (UATR) ;
- la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins signée par l'imad le 30 janvier 2014.

Dans le cadre de ce contrat de prestations, l'imad conclut des conventions de collaboration avec des partenaires dont la liste est à la disposition du DEAS.

## **Article 2**

### *Objet du contrat*

Le présent contrat porte sur les frais de fonctionnement relatifs à l'exécution des prestations et s'inscrit dans le cadre du programme K01 réseau de soins et des prestations publiques de maintien à domicile et d'accès aux soins (politique K) destinées à l'ensemble de la population domiciliée dans le canton et fournies dans le respect de l'équité de traitement.

## **Article 3**

### *Bénéficiaire*

L'imad est un établissement de droit public autonome doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile du 18 mars 2011 (extrait K1 07 en annexe 1). L'imad est reconnue d'utilité publique et sans but lucratif, ayant son siège à Genève et inscrite au Registre du Commerce.

L'imad est une organisation de soins et d'aide à domicile au sens des législations fédérales (article 51 OAMal) et cantonales, au bénéfice d'une autorisation de pratiquer.

L'imad fait partie du réseau de soins institué par la loi cantonale sur le réseau de soins et de maintien à domicile.

Ses missions (selon article 3 de la LIMAD K1 07) :

- L'institution est chargée d'assurer des prestations d'aide, de soins et d'accompagnement social favorisant le maintien à domicile des personnes et permettant de préserver leur autonomie. Ces prestations sont fournies à domicile, dans les centres de maintien à domicile et leurs antennes, ainsi que dans les structures intermédiaires, en collaboration avec le médecin traitant, la famille et les proches.
- L'institution participe activement aux programmes de prévention des maladies et des accidents et de promotion de la santé, notamment en matière d'information et d'éducation à la santé, coordonnés par le département en charge de la santé.
- Dans le cadre de ses activités, elle coopère avec les

autres partenaires du réseau de soins, publics ou privés, les communes et les milieux associatifs.

### Titre III - Engagement des parties

#### Article 4

*Prestations attendues  
du bénéficiaire*

Les prestations attendues du bénéficiaire sont de quatre natures:

1. les prestations de base liées au maintien à domicile, dont les soins LAMal ;
2. les prestations ou missions d'intérêt général (PIG / MIG) ;
3. les prestations de formation et de développement ;
4. les prestations liées à la mise en œuvre de politiques sociales.

Les prestations sont décrites à l'annexe 2.

L'imad fonctionne 365 jours par année, et 24h/24h pour certaines prestations.

L'ensemble des prestations est fourni sur la base d'une évaluation des besoins effectuée systématiquement pour chaque situation.

Chaque prestation auprès d'un client fait l'objet de la conclusion d'un contrat écrit.

L'imad est responsable de ses résultats généraux, sous réserve de disposer de la marge de manœuvre nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés.

Des prestations relevant d'un programme de santé publique défini par le DEAS ainsi que les prestations non prévisibles exigées par un problème de santé publique peuvent être confiées à l'imad dans le cadre de conventions particulières.

Elles font l'objet d'un financement ad hoc distinct.

*Obligation d'admettre  
dans le domaine des  
soins LAMal*

L'imad, de par son statut d'établissement de droit public et d'organisation à but non-lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal. L'imad s'engage ainsi à prendre en charge les clients nécessitant des soins à domicile sur l'ensemble du canton de Genève.

*Limites de la prise en  
charge*

Cette obligation d'admettre est sous réserve des limites de maintien à domicile, soit suite aux décisions prises par l'imad, fondées sur des éléments cliniques et/ou de préservation de la santé et de la sécurité des professionnels, soit suite aux décisions des assureurs-maladie. L'imad informe annuellement le DEAS des limites de maintien à domicile.

## Article 5

### *Réseau*

L'imad collabore au sein du réseau avec les autres institutions et organisations déterminantes dans le domaine de la santé et du social, ainsi qu'avec les communes et le canton.

Les collaborations avec les partenaires du réseau font l'objet, en règle générale, d'une formalisation écrite et signée par les parties, sous forme de convention ou d'accord ad hoc. Dans ce cadre, l'imad a adhéré le 30 janvier 2014 à la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (annexe 10).

L'imad favorise le développement de projets communs aux entités du réseau visant l'efficacité du réseau et la coordination des prestations ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé. Leur financement est réglé par l'article 14 et le cadre de fonctionnement est précisé à l'annexe 11.

L'imad favorise également la collaboration intercantonale, notamment dans le cadre de sa convention de collaboration avec l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD), signée le 1<sup>er</sup> février 2013, ainsi qu'au niveau fédéral, notamment des organes faitiers de l'Association Suisse d'Aide et de Soins à Domicile (ASSASD).

## Article 6

### *Engagements financiers de l'Etat*

1. L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du DEAS, s'engage à verser à l'imad une indemnité de fonctionnement, sous réserve de l'accord du Grand Conseil dans le cadre de l'approbation annuelle du budget. Cette indemnité recouvre tous les éléments de charge liés aux prestations énumérées à l'article 4 et en lien avec l'exécution des prestations prévues par le présent contrat.

La couverture par l'indemnité varie selon la nature des prestations : un taux variable pour celles de base et un taux à 100% pour les trois autres natures.

2. Financement des locaux institutionnels :
  - Le financement des locaux administratifs est assuré par l'institution dont la charge est incluse dans la demande d'indemnité monétaire.
  - Les locaux des centres de maintien à domicile sont financés principalement par les communes. Le solde éventuel est couvert par l'indemnité.
  - Le financement des autres locaux est réglementé par la législation cantonale sur les soins à domicile.
  - Demeurent réservées d'autres solutions de financement.
3. Les montants de l'indemnité doivent être adaptés, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil, en

fonction de variations significatives de l'activité ou des coûts des prestations liées, notamment :

- à la démographie et au vieillissement de la population
- à l'augmentation des maladies chroniques, dégénératives, oncologiques, cardio-vasculaires ainsi que celles liées à la santé mentale
- à la prise en charge de personnes non en âge AVS, notamment handicapées
- à la densification / complexification de la prise en charge dans le cadre du virage ambulatoire
- à l'accroissement des situations aiguës, instables et complexes, notamment en lien avec la mise en œuvre progressive des APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups)
- à l'augmentation des prestations 7 jours sur 7 avec l'intensification des sorties des hôpitaux le week-end et les effets sur le personnel (récupération obligatoire au sens de la loi sur le travail)
- aux ouvertures de nouveaux immeubles avec encadrement (IEPA) et/ou d'unités d'accueil temporaire et de répit (UATR) dont la gestion est confiée à l'imad
- aux éventuelles modifications de tarifications fédérales et/ou d'activités rendues obligatoires par la LAMal dans le domaine du maintien à domicile
- au renchérissement des salaires moyens dû à l'engagement de professionnels de plus en plus qualifiés, notamment d'infirmières spécialistes cliniques, de cliniciennes, d'assistantes en soins et santé communautaire dans les équipes pluridisciplinaires
- aux éventuelles activités nouvelles demandées par l'Etat à l'imad.

A cet effet, un mécanisme de régulation des équivalents temps plein (ETP) ainsi que de l'indemnité y relative est mis en place (annexe 5). Le mécanisme de régulation se déclenche lorsque le volume des heures prestées dépasse de plus de 10'000 heures (seuil de matérialité), à la hausse comme à la baisse, le volume annuel cible fixé au contrat de prestations. Le chiffrage des ETP et des francs inclut les 10'000 heures de seuil. Cette décision nécessite l'approbation du Conseil d'Etat et du Grand Conseil dans le cadre de la loi budgétaire annuelle.

4. Les montants engagés sur quatre années sont les suivants :

Années	Prestations de base	Prestations d'intérêt général	Prestations de formation (*)	Prestations liées à la mise en œuvre de politiques publiques
2016	F 119'402'164,-	F 16'600'000,-	F 9'500'000,-	F 7'500'000,-
2017	F 123'602'164,-	F 20'300'000,-	F 10'000'000,-	F 8'000'000,-
2018	F 126'902'164,-	F 22'800'000,-	F 10'300'000,-	F 8'300'000,-
2019	F 129'902'164,-	F 23'700'000,-	F 10'600'000,-	F 8'800'000,-

Soit un total de :

2016 : Fr. 153'002'164,-  
 2017 : Fr. 161'902'164,-  
 2018 : Fr. 168'302'164,-  
 2019 : Fr. 173'002'164,-

(\*) A ces montants s'ajoute une indemnité complémentaire destinée à couvrir les objectifs spécifiques d'effort de formation supplémentaire de l'imad dans le cadre des mesures de lutte contre la pénurie des professionnels de santé. Cette indemnité permet, dès la rentrée 2016, le triplement du nombre d'apprentis ASSC de 1ère année en comparaison avec 2015.

Elle perçoit, à ce titre, une indemnité complémentaire de:

2016 : Fr. 253'800,-  
 2017 : Fr. 475'350,-  
 2018 : Fr. 414'900,-  
 2019 : Fr. 414'900,-

5. Les indemnités non monétaires engagées sur 4 ans (2016 - 2019) sont les suivantes :

2016 : Fr. 391'790,-  
 2017 : Fr. 391'790,-  
 2018 : Fr. 391'790,-  
 2019 : Fr. 391'790,-

6. Il est accordé au titre des mécanismes salariaux annuels décidés par le Conseil d'Etat, un complément d'indemnité calculé sur la masse salariale de l'imad et au prorata de la participation de l'Etat (subvention d'exploitation) à la couverture des charges, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.
7. Il est accordé au titre de l'indexation des salaires annuels décidés par le Conseil d'Etat, un complément d'indemnité calculé sur la masse salariale de l'imad et au prorata de la participation de l'Etat (subvention d'exploitation) à la couverture des charges, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.
8. Il est accordé, au titre de compléments CPEG, un complément d'indemnité calculé sur la masse salariale

de l'entité et au prorata de la participation de l'Etat (subvention d'exploitation) à la couverture des charges, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré. Les autres dispositions relatives notamment aux mesures d'assainissement de la caisse de pension demeurent.

9. Le versement des montants ci-dessus intervient lorsque la loi de ratification est exécutoire.

### **Article 7**

#### *Plan financier pluriannuel*

Un plan financier quadriennal pour l'ensemble des activités/prestations de l'imad figure à l'annexe 4. Ce document fait ressortir avec clarté l'intégralité des sources de financement espérées, qu'elles soient publiques ou privées, ainsi que la totalité des dépenses prévisibles par type d'activités/prestations.

### **Article 8**

#### *Rythme de versement de l'indemnité*

1. L'indemnité monétaire est versée mensuellement et selon les principes établis par la convention de cash pooling signée avec l'Etat de Genève.
2. En cas de refus du budget annuel par le Grand Conseil, les paiements sont effectués selon le principe des douzièmes provisoires, conformément à l'article 42 de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013.

### **Article 9**

#### *Conditions de travail*

1. L'imad est tenue d'observer les lois, règlements et les conventions applicables en matière notamment de salaire, d'horaire de travail, d'assurance et de prestations sociales.
2. L'imad tient à disposition du DEAS son organigramme, le cahier des charges du personnel ainsi qu'une description de ses conditions salariales et de travail conformément à l'article 12 de la LIAF.

### **Article 10**

#### *Développement durable*

L'imad s'engage à ce que les objectifs qu'elle poursuit et les actions qu'elle entreprend s'inscrivent dans une perspective de développement durable, conformément à la loi sur l'action publique en vue du développement durable, du 23 mars 2001 (Agenda 21).

**Article 11**

*Système de contrôle interne*

L'imad doit mettre en œuvre un système de contrôle interne conforme aux normes et principes édictés par l'Etat.

**Article 12**

*Suivi des recommandations du service d'audit interne*

Dans le cadre de l'application de l'article 10 alinéa 1 litera b de la loi sur la surveillance de l'Etat du 13 mars 2014, l'imad s'engage à respecter les recommandations figurant dans les rapports du service d'audit interne et à mettre en œuvre dans les délais indiqués par le département de surveillance les mesures correctrices qui ne sont pas contestées ou qui ont fait l'objet d'une décision au sens de l'article 17 de cette loi.

**Article 13**

*Reddition des comptes*

1. L'imad en fin d'exercice comptable, mais au plus tard 3 mois après la date de clôture du dernier exercice, fournit au DEAS:
  - ses états financiers établis et révisés conformément aux exigences de son statut juridique, aux dispositions légales et au référentiel comptable applicable. Les états financiers comprennent un bilan, un compte d'exploitation, un tableau de financement, un tableau de variation des fonds propres ainsi que l'annexe explicative;
  - les rapports de l'organe de révision;
2. L'imad en fin d'exercice comptable, mais au plus tard 6 mois après la date de clôture du dernier exercice, fournit au DEAS :
  - son rapport annuel d'activité
  - un rapport d'exécution du contrat reprenant les objectifs et les indicateurs figurant dans le tableau de bord
  - une présentation des états financiers répartis par nature de prestations, selon l'article 4 de ce présent contrat.

**Article 14**

*Traitement des  
bénéfices et des pertes*

1. Au terme de l'exercice comptable, pour autant que les prestations financées aient été fournies conformément au contrat, le résultat annuel établi conformément à l'article 13, est réparti entre l'Etat de Genève et l'imad selon la clé figurant à l'alinéa 4 du présent article.
2. Une créance reflétant la part restituable à l'Etat est constituée dans les fonds étrangers de l'imad. Elle s'intitule « Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat ». La part conservée par l'imad est comptabilisée dans un compte de réserve spécifique intitulé : « Part d'indemnité non dépensée » figurant dans ses fonds propres.
3. Pendant la durée du contrat, les éventuelles pertes annuelles sont également réparties selon la clé figurant à l'alinéa 4 du présent article et sont déduites de la créance jusqu'à concurrence du solde disponible et de la réserve spécifique.
4. L'imad conserve 75% de son résultat annuel. Le solde de 25% appartient à l'Etat. Ces deux montants constituent le résultat net cumulé.  
  
L'imad et l'Etat affectent chacun 5% du résultat net cumulé pour financer les projets communs au réseau.
5. A l'échéance du contrat, l'imad conserve définitivement l'éventuel solde du compte de la réserve « part d'indemnité non dépensée », tandis que l'éventuel solde de la créance est restituée à l'Etat, sous réserve de la part constituant le fonds cité supra.
6. A l'échéance du contrat, l'imad assume ses éventuelles pertes reportées.

**Article 15***Bénéficiaire direct*

Conformément à l'art. 14 al. 3 de la LIAF, l'imad s'engage à être le bénéficiaire direct de l'indemnité. Elle ne procédera à aucune redistribution sous forme de subvention monétaire unilatérale à des organismes tiers.

**Article 16***Communication*

1. Toute publication, campagne d'information ou de communication lancée par l'imad auprès du public ou des médias en relation avec les prestations définies à l'article 4, doivent faire mention de la République et canton de Genève en tant que subventionneur.
2. Le DEAS est tenu informé des plans de communication annuels de l'imad.



## Article 17

### *Objectifs, indicateurs, tableau de bord*

1. Les prestations définies à l'article 4 du présent contrat sont évaluées par le biais des objectifs et indicateurs.
2. Ces indicateurs mesurent le nombre de prestations rendues, leur qualité (satisfaction des destinataires), leur efficacité (impact sur le public-cible) ou leur efficience.
3. Dans le respect du principe de proportionnalité, les indicateurs définis sont utiles, facilement mesurables et établis en lien avec la pratique de terrain.
4. Le tableau de bord, établissant la synthèse des objectifs et indicateurs, figure en annexe 3 du présent contrat.
5. La définition et la livraison des données de l'imad utiles à la planification et au monitoring du réseau sont déterminées en collaboration avec le DEAS et l'imad.

## Article 18

### *Modifications*

1. Toute modification au présent contrat doit être négociée entre les parties, sous réserve des dispositions de l'article 6 "Engagements financiers de l'Etat", et sous réserve des dispositions de la loi de ratification qui ne peuvent être modifiées.
2. En cas d'événements exceptionnels et préteritant la poursuite des activités de l'imad ou la réalisation du présent contrat, les parties s'accordent sur les actions à entreprendre.
3. Ces événements doivent être signalés dans les plus brefs délais au DEAS.

## Article 19

*Suivi de contrat*

1. Les parties au présent contrat mettent en place une commission de suivi de contrat, dont le règlement figure en annexe 6, afin de :
  - veiller à l'application du contrat
  - évaluer les engagements par le biais du tableau de bord et du rapport d'exécution annuel établi par l'imad
  - permettre l'adaptation, la réorientation ou la redéfinition des conditions du contrat et de son tableau de bord
2. La liste des membres à la commission figure à l'annexe 7.

Ce dispositif est indépendant du processus de contrôle périodique prévu à l'article 22 de la LIAF.

**Titre V - Dispositions finales****Article 20***Règlement des litiges*

1. Les parties s'efforcent de régler à l'amiable les différends qui peuvent surgir dans l'application et l'interprétation du présent contrat.
2. En cas d'échec, elles peuvent recourir d'un commun accord à la médiation.
3. A défaut d'un accord, le litige peut être porté devant la chambre administrative de la Cour de justice de la République et Canton de Genève.

**Article 21***Résiliation du contrat*

1. Le Conseil d'Etat peut résilier le contrat et exiger la restitution de tout ou partie de l'indemnité lorsque:
  - a) l'indemnité n'est pas utilisée conformément à l'affectation prévue;
  - b) l'imad n'accomplit pas ou accomplit incorrectement sa tâche malgré une mise en demeure;
  - c) l'indemnité a été indûment promise ou versée, soit en violation du droit, soit sur la base d'un état de fait inexact ou incomplet.

La résiliation s'effectue dans un délai de 6 mois, pour la fin d'une année.

2. Dans tous les cas, la résiliation s'effectue par écrit.

**Article 22***Entrée en vigueur,  
durée du contrat et  
renouvellement*

1. Le contrat entre en vigueur le 1er janvier 2016 dès que la loi qui l'approuve devient exécutoire. Il est valable jusqu'au 31 décembre 2019.
2. Les parties conviennent d'étudier les conditions de renouvellement éventuel du contrat au moins douze mois avant son échéance.

**Annexes au présent contrat :**

1. Base légale : loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile du 18 mars 2011, (LIMAD) K1 07,
2. Liste des prestations fournies par l'imad
3. Tableau de bord des objectifs et des indicateurs
4. Plan financier quadriennal
5. Mécanisme de régulation des équivalents temps-plein (ETP) ainsi que de l'indemnité y relative
6. Règlement de fonctionnement de la commission de suivi
7. Liste des membres de la commission de suivi
8. Rapport d'évaluation : récapitulatif des indicateurs et des objectifs du contrat de prestations 2012-2015
9. Liste des personnes de contact
10. Charte de collaboration des partenaires du réseau de soins
11. Cadre de fonctionnement du financement des projets du réseau

Les directives du Conseil d'Etat sont disponibles à l'adresse :

<http://www.ge.ch/subventions/bases-legales.asp>

Pour la République et canton de Genève :

représentée par



**Monsieur Mauro Poggia**


Conseiller d'Etat en charge du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé

Pour l'institution de maintien, d'aide et soins à domicile (imad)

représentée par



**Monsieur Moreno Sella**  
Président du conseil d'administration



**Madame Marie Da Roxa**  
Directrice générale