

Date de dépôt: 29 juillet 2005

Messagerie

## Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la validité et la prise en considération de l'initiative populaire 125 « Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS »

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Arrêté du Conseil d'Etat constatant l'aboutissement de l'initiative, publié dans la Feuille d'avis officielle le .....   | <b>9 mai 2005</b>        |
| 2. Débat de préconsultation sur la base du rapport du Conseil d'Etat au sujet de la validité et de la prise en considération de l'initiative, <b>au plus tard le</b> .....  | <b>15 septembre 2005</b> |
| 3. Décision du Grand Conseil au sujet de la validité de l'initiative sur la base du rapport de la Commission législative, <b>au plus tard le</b> .....  | <b>9 février 2006</b>    |
| 4. Sur la base du rapport de la commission désignée à cette fin, décision du Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contreprojet, <b>au plus tard le</b> ..... | <b>9 novembre 2006</b>   |
| 5. En cas d'opposition d'un contreprojet, adoption par le Grand Conseil du contreprojet, <b>au plus tard le</b> .....   | <b>9 novembre 2007</b>   |

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Le Conseil d'Etat a constaté l'aboutissement de cette initiative par un arrêté du 4 mai 2005, publié dans la Feuille d'avis officielle du 9 mai 2005. Dès lors courent plusieurs délais successifs qui définissent les étapes de la procédure en vue d'assurer le bon exercice des droits populaires.

Le premier de ces délais a trait au débat de préconsultation qui doit intervenir dans un délai de trois mois suivant la constatation de l'aboutissement de l'initiative, conformément à l'article 119A de la loi portant règlement du Grand Conseil (B 1 01). En l'espèce, ce délai arrive à échéance le 9 août 2005. Vu toutefois l'absence de séance du Grand Conseil dévolue aux objets législatifs généraux aux mois de juillet et août 2005, le Parlement devra traiter cet objet lors de sa séance des 15 et 16 septembre 2005; les délais subséquents ne s'en trouveront néanmoins pas modifiés. C'est en vue de ce débat de préconsultation que le Conseil d'Etat vous soumet le présent rapport.

## **A. Validité de l'initiative**

### ***I. Examen de la recevabilité formelle de l'initiative***

#### *1.1 Unité de la matière*

L'exigence d'unité de la matière découle de la liberté de vote et, en particulier, du droit à la libre formation de l'opinion des citoyens et à l'expression fidèle et sûre de leur volonté, au sens de l'article 34, alinéa 2 de la Constitution fédérale. Cette exigence interdit de mêler, dans un même objet soumis au peuple, plusieurs propositions de nature ou de but différents, qui forceraient ainsi le citoyen à une approbation ou à une opposition globales, alors qu'il pourrait n'être d'accord qu'avec une partie des propositions qui lui sont soumises. Il doit ainsi exister, entre les diverses parties d'une initiative soumise au peuple, un rapport intrinsèque ainsi qu'une unité de but, c'est-à-dire un rapport de connexité qui fasse apparaître comme objectivement justifiée la réunion de plusieurs propositions en une seule question soumise au vote<sup>1</sup>. Ce principe est rappelé à l'article 66, alinéa 2 de la Constitution genevoise.

L'initiative «Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS» reformule l'une des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploiter un

---

<sup>1</sup> ATF 130 I 185 cons. 3 et 129 I 381 cons. 2.1, avec références.

établissement médico-social (EMS) telle que décrite dans la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, du 3 octobre 1997 (J 7 20; LEMS), dans sa version actuelle. Elle a pour objet l'amélioration du niveau de soins et d'encadrement dans les EMS, par le biais notamment d'une plus grande dotation en personnel. Elle poursuit donc un but unique, à savoir d'obtenir une meilleure prise en charge des patients des EMS. Les dispositions projetées s'insèrent en outre dans un cadre restreint, et, bien que l'on puisse faire une distinction entre les prestations de soins d'une part, et l'encadrement hôtelier, culturel et administratif d'autre part, possèdent néanmoins un lien intrinsèque. L'IN 125 s'avère dès lors conforme au principe de l'unité de la matière.

### *1.2 Unité de la forme*

En vertu de l'article 66, alinéa 1, de la Constitution genevoise, le Grand Conseil déclare nulle l'initiative qui ne respecte pas l'unité de la forme.

Les initiants doivent ainsi choisir la voie de l'initiative non formulée ou de l'initiative rédigée de toutes pièces, mais ne peuvent mélanger ces deux types d'initiatives.

En l'espèce, l'initiative se présente comme une initiative rédigée de toutes pièces, dont les dispositions s'insèrent dans un acte législatif déjà existant. Il apparaît dès lors que l'initiative respecte le principe d'unité de la forme.

### *1.3 Unité du genre*

Le principe de l'unité du genre, ou unité de rang, est posé par l'article 66, alinéa 1 de la Constitution genevoise, et veut que l'initiative soit de rang législatif ou constitutionnel, mais ne mélange pas ces deux échelons normatifs. Selon le Tribunal fédéral, cette règle découle du principe de la liberté de vote: le citoyen doit en effet savoir s'il se prononce sur une modification constitutionnelle ou simplement législative, et doit avoir le droit, le cas échéant, de se prononcer séparément sur les deux questions<sup>2</sup>.

L'IN 125 tend à conférer une nouvelle teneur à l'une des subdivisions d'un article de la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, du 3 octobre 1997 (LEMS; J 7 20). Il s'agit donc sans doute possible d'une modification législative uniquement, si bien que le principe de l'unité du genre est respecté.

---

<sup>2</sup> ATF 130 I 185 cons. 2.1, avec référence.

## *II. Examen de la recevabilité matérielle de l'initiative*

### *II.1 Conformité au droit supérieur*

Selon ce principe, le contenu d'une initiative cantonale doit être conforme au droit supérieur, c'est-à-dire avec les règles posées par le droit intercantonal, fédéral et international<sup>3</sup>. Dans le cas d'une initiative cantonale de rang législatif, son contenu doit également respecter la constitution cantonale. Une initiative ne peut toutefois être invalidée pour non-conformité au droit supérieur que si aucune interprétation conforme à ce dernier n'est possible.

Aucune règle de droit international liant la Suisse n'interdit une prise en charge plus complète des patients en EMS, et l'initiative respecte dès lors le droit supérieur à cet égard.

Pour ce qui est du droit fédéral, on doit tout d'abord se pencher sur la répartition des compétences entre Confédération et cantons, telle que prévue par la constitution fédérale. La Confédération jouit d'une compétence concurrente non limitée aux principes en matière d'assurance-maladie (art. 117 Cst.); s'agissant de la santé, la Confédération ne dispose que d'une compétence sectorielle (art. 118 Cst.), qui n'affecte pas la gestion des établissements hospitaliers et des EMS, si bien que les cantons sont compétents dans ces domaines en vertu de l'art. 3 Cst.

En matière d'assurance-maladie, la compétence fédérale est concrétisée au premier chef par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Le titre II de la loi, portant sur l'assurance obligatoire des soins, est le seul susceptible d'avoir une portée dans le cadre que souhaite régler l'IN 125 en tant qu'elle vise à renforcer les prestations de soins, qui tombent sous le coup de la LAMal. Les prestations socio-hôtelières ressortissent quant à elles exclusivement, de l'avis conjoint du Conseil fédéral et du Tribunal fédéral, au droit public cantonal<sup>4</sup>.

Dans la mesure toutefois où l'initiative indique seulement que des soins supplémentaires doivent être apportés aux patients des EMS, mais ne précise pas qui doit prendre en charge les coûts qui en découlent ni comment ils

---

<sup>3</sup> Pour des cas d'application récents, voir les ATF 130 I 134 (initiative cantonale appenzelloise «pour 12 dimanches sans voitures») et 1P.383/2004 du 23 décembre 2004 (initiative cantonale vaudoise «pour une caisse vaudoise d'assurance maladie de base»).

<sup>4</sup> Décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000, JAAC 66.69 = RAMA 5/2001 471, cons. 1.1.3.

doivent être pris en charge (dans ou en dehors du forfait de l'art. 50 LAMal), elle n'interfère pas avec la LAMal. Il est ainsi possible en principe de prévoir en droit cantonal que des soins non remboursés par l'assurance de base ou prodigués par des professionnels de la santé ne faisant pas partie de la liste prévue par la LAMal ou ses ordonnances d'exécution soient fournis aux patients des EMS, seule une obligation de prise en charge de ces soins par l'assurance de base ne s'avérant pas conforme au droit fédéral.

De manière plus précise, le Tribunal fédéral, dans un arrêt de juin 2003, a rappelé que les frais de séjour en EMS, en particulier les frais de logement, ne tombaient pas sous le coup de la législation sur l'assurance-maladie obligatoire et ne bénéficiaient pas de la protection tarifaire des art. 44 et 50 LAMal<sup>5</sup>, et que dès lors la prise en charge du coût des prestations autres que les soins pouvait être reportée sur les résidents des EMS<sup>6</sup>; il a en revanche considéré, sur la base de la décision précitée du Conseil fédéral<sup>7</sup>, que les prestations de soins non prises en charge par les assureurs ne pouvaient pas être reportées sur les résidents des EMS<sup>8</sup>, ce qui a pour conséquence qu'elles ne pourront le plus souvent l'être que sur les entités publiques cantonales (canton, communes ou établissements autonomes) sous forme de subventions. Par ailleurs, les tarifs socio-hôtelières pourraient éventuellement comprendre des frais de soins non remboursés par les caisses-maladie<sup>9</sup>.

Quoi qu'il en soit, ces questions, de même que celle de la position des EMS en tant que prestataires de soins LAMal<sup>10</sup>, ressortissent à la prise en charge des prestations fournies par les EMS. Or le sort de la prise en charge des prestations supplémentaires prévues par l'IN 125 n'est pas réglé par cette dernière: la question de savoir si ces coûts seront assumés par les caisses-maladies, par la collectivité publique ou par les résidents des EMS pourra dès

---

<sup>5</sup> ATF 129 I 346 cons. 3.2.

<sup>6</sup> Voir aussi l'ATF 2P.25/2000 du 12 novembre 2002 en la cause Résid'EMS et consorts, cons. 8.2.

<sup>7</sup> Voir supra, note 4.

<sup>8</sup> ATF 129 I 346 cons. 3.4.

<sup>9</sup> ATF 2P.25/2000 du 12 novembre 2002 en la cause Résid'EMS et consorts, cons. 8.3.

<sup>10</sup> Notamment vis-à-vis des hôpitaux, cf. art. 39 al. 3 LAMal, et ATFA K 33/02 du 2 décembre 2003 in RAMA 2/2004 137; de manière plus générale, voir aussi les art. 7 à 9a de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (RS 832.112.31; OPAS), et, à leur sujet, les décisions du Conseil fédéral du 20 décembre 2000, JAAC 66.69 = RAMA 5/2001 471, cons. 7.2, et du 21 avril 2004, JAAC 68.103.

lors être résolue, le cas échéant, de manière conforme au droit fédéral. Il résulte de ce qui précède que l'initiative n'est pas en soi contraire au droit fédéral.

Ni le droit intercantonal liant le canton de Genève, ni la constitution cantonale ne s'opposent enfin aux mesures souhaitées par les initiants. Quant au reste de la LEMS, ou aux dispositions de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (J 3 05; LaLAMal), en particulier son article 3 qui confère des compétences au Conseil d'Etat dans le domaine des EMS, il s'agit de droit de même niveau, auquel l'initiative peut par conséquent déroger. Il résulte dès lors de ce qui précède que l'IN 125 peut être déclarée conforme au droit supérieur.

## *II.2 Exécutabilité*

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il ne se justifie pas de demander au peuple de se prononcer sur un sujet qui n'est pas susceptible d'être exécuté. L'invalidation ne se justifie toutefois que dans les cas les plus évidents. L'obstacle à la réalisation doit être insurmontable: une difficulté relative est insuffisante, car c'est avant tout aux électeurs qu'il appartient d'évaluer les avantages et les inconvénients qui pourraient résulter de l'acceptation de l'initiative<sup>11</sup>.

Dans le cas particulier, si la prise en charge des prestations supplémentaires prévues par l'IN 125 pourrait s'avérer difficile à supporter, financièrement parlant, pour la collectivité publique ou les résidents des EMS, il ne s'agit toutefois pas là d'un obstacle insurmontable à la réalisation de l'initiative, si bien que celle-ci doit être considérée comme exécutable au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

---

<sup>11</sup> ATF 128 I 190 cons. 5, avec références.

## **B. Prise en considération de l'initiative**

### *I. Contenu de l'initiative*

L'objectif de l'IN 125 est d'améliorer la prise en charge des personnes résidant dans les EMS. Pour ce faire, l'IN 125 prévoit une modification de la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées du 3 octobre 1997 (LEMS; J 7 20) permettant de modifier de façon importante la dotation en personnel des EMS. L'exposé des motifs précise que les conditions de travail du personnel peuvent, par ailleurs, influencer, de manière non négligeable, la qualité des soins.

Les moyens envisagés afin d'améliorer la prise en charge des personnes résidant dans des EMS sont à la fois un accroissement quantitatif de la dotation en personnel et une extension des catégories professionnelles impliquées dans les soins fournis aux résidents.

Le financement de ces accroissements de charge serait garanti par une extension, encore à négocier, de la couverture de soins par les assureurs-maladie.

### *II. Les besoins de prise en charge des résidents en EMS en matière de soins*

L'IN 125 part du principe que la prise en charge des besoins des résidents en EMS est insuffisante dans le domaine des soins.

Le Conseil d'Etat rappelle que les EMS exercent leur activité au bénéfice d'une autorisation d'exploitation. Afin de l'obtenir, ils doivent démontrer, par le biais d'un projet institutionnel, leur capacité à élaborer une stratégie d'accueil, de soins et d'hébergement en accord avec les normes établies. Conformément aux dispositions légales prévues par la LEMS, l'autorité de tutelle, soit le département de l'action sociale et de la santé (DASS), exerce la surveillance des EMS et approuve la mise au point des programmes de qualité et de certification.

Le DASS a par ailleurs établi des démarches visant à améliorer la qualité des soins, selon des normes professionnelles. Selon les informations de l'équipe « assurance qualité dans les EMS » du DASS, les résidents dans leur ensemble sont satisfaits des soins et de l'encadrement qui leur sont offerts. Depuis la mise en place de cette surveillance, les indicateurs de traitements inadéquats (escarres, mauvaises pratiques) sont devenus rares.

Par ailleurs, les résidents, leurs proches ou les employés peuvent faire part de leurs doléances au département de tutelle. En 2004, huit plaintes ont

été instruites, soit 0,7 plainte pour 100'000 journées de résidents. La plupart d'entre elles a conduit à des améliorations de la prise en charge, sans que des changements quantitatifs dans l'encadrement n'aient été nécessaires.

Par ailleurs, les EMS doivent avoir un médecin-répondant, qui de manière indépendante, veille, avec les médecins-traitants, aux « bonnes pratiques » de soins et assume la responsabilité médicale des traitements.

Par conséquent, à l'heure actuelle, et dans la majorité des établissements, les soins donnés couvrent les besoins bio-psycho-sociaux des résidents. La différence pouvant exister entre établissements s'explique par les différentes orientations que chaque établissement poursuit pour ses projets institutionnels.

### ***III. Les conditions de travail du personnel soignant et la dotation en personnel dans les EMS***

Les conditions de travail dans les EMS sont particulièrement difficiles. Il faut accompagner des personnes atteintes dans leur santé physique et psychique pendant leurs derniers mois de vie. Nul ne conteste la valeur de l'engagement du personnel de soin, d'animation, de l'hôtellerie et de l'administration. Néanmoins, il est erroné d'affirmer que la charge de travail est devenue si importante que le personnel est incapable d'assumer des prestations de soins de qualité. En effet, le nombre de jours de travail effectif<sup>12</sup> dans les EMS à Genève est de 195, alors que dans le canton de Vaud, il est de 222 et de 218 au Québec.

De plus, la dotation en personnel a évolué avec le temps. En 2000, 2'997 postes étaient budgétés ; ce nombre est passé à 3'247 en 2005.

Les conditions de travail sont aussi déterminées par une convention collective proche des conditions des services publics, avec notamment des avantages en terme de formation.

Le personnel a ainsi la possibilité de suivre différentes formations continues, comme celle donnée dans le domaine des soins palliatifs. Cette offre – organisée par la FEGEMS dans le cadre du contrat de prestations établi avec l'Etat – permet ainsi d'améliorer la qualité des soins et la qualification professionnelle du personnel.

Enfin, le Conseil d'Etat précise que chaque EMS, public ou privé, dispose, dans le cadre de la subvention qui lui est allouée, d'une marge de

---

<sup>12</sup> Les jours de travail effectifs sont calculés en déduisant les vacances, les jours fériés, les jours de formation et autres.

manœuvre relativement étendue pour ce qui est de sa politique de gestion. Par conséquent, la politique du personnel qu'il établit peut s'articuler dans le cadre d'un projet institutionnel qui lui est propre.

#### ***IV. Le financement des EMS***

Le financement des EMS est composé de la subvention cantonale, du forfait négocié avec Santésuisse et du prix de pension.

La subvention cantonale pour les coûts de fonctionnement des EMS s'est élevée en 2004 à 92 millions de francs. A ce montant viennent s'ajouter 113 millions de francs de prestations complémentaires, cantonales et fédérales, versées aux résidents en EMS dont les ressources financières sont insuffisantes pour couvrir le prix de pension.

La "Planification informatisée des soins infirmiers requis" (PLAISIR) permet au canton de Genève de déterminer le montant des subventions cantonales, auxquelles s'ajoutent les forfaits versés par les assureurs-maladie aux EMS, en fonction des classes PLAISIR. Le système d'information clinico-administratif de PLAISIR recueille trois types de données : le profil bio-psycho-social du résident, le plan personnel des services requis en soins infirmiers et dans le cadre de l'assistance, ainsi que les données socio-démographiques.

Le prix de pension est négocié chaque année lors d'une séance réunissant les représentants de l'EMS et de l'OCPA. Il se calcule sur la base des comptes de l'année précédente et du budget, tout en tenant compte de l'ensemble des charges d'exploitation, déduction faite des recettes. La différence de prix de pension entre EMS s'explique en premier lieu par des structures de coûts différentes. La plus grande partie des charges, celle liée au personnel (deux tiers des dépenses), est déterminée par la dotation en personnel, dont le calcul dépend de la charge en soins à prodiguer pour chaque résident et de la dotation admise par l'OCPA en personnel socio-hôtelier.

La situation de chaque patient est évaluée au minimum tous les deux ans et au maximum tous les six mois. L'évaluation régulière de l'état de santé du pensionnaire permet de déterminer la nature mais surtout, le volume des soins requis, exprimés en minutes. Le résultat de l'évaluation effectuée par des infirmières formées, généralement employées par l'institution, permet de situer le pensionnaire examiné dans une des huit classes définies selon l'intensité des soins. A partir de ces résultats, il est possible de calculer, en fonction de l'état du pensionnaire, les postes de personnel nécessaires pour assurer des soins de qualité, selon une norme définie au niveau international.

Par conséquent, avec l'augmentation du niveau moyen de catégories PLAISIR, les forfaits ont été adaptés régulièrement à la hausse depuis 2000. Les forfaits négociés avec les assureurs maladie étant restés plus ou moins stables, et face à la volonté politique de garder les prix de pension affichés au niveau le plus bas possible, le montant des subventions couvre une part de plus en plus importante des autres charges. De plus, il faut compter que les charges continueront de progresser, peut-être à un rythme proche de celui observé depuis 1998 : 3% environ, ce qui dépasse largement le taux de croissance de l'économie.

### *V. Conséquences financières de l'initiative*

La modification de la LEMS telle que proposée par l'IN 125 concernerait à l'heure actuelle 50 EMS, soit 3'246 lits et plus de 1'200'000 journées d'hébergement et de soins, chaque année. Les conséquences prévisibles de cette initiative en termes financiers seraient l'accroissement de 60 % de la subvention cantonale aux EMS, laquelle passerait de 92 millions de francs à 150 millions de francs. Cette prévision s'explique de la façon suivante.

L'IN 125 demande une augmentation de la dotation en personnel de soins afin de dépasser le taux de couverture actuel de 83,26 % pour l'établir à 100%.

Au 30 mai 2005, avec un taux de couverture de 83,26 %, la dotation en personnel s'élève à 3'247,4 postes, dont 1'987,3 postes pour le personnel de soins et 1'260,1 postes pour le personnel socio-hôtelier. Le seul passage à un taux de couverture de 100 % entraînerait un accroissement de 400 postes pour le personnel de soins, soit des charges accrues de 38 millions de francs.

De surcroît, l'augmentation, comme le propose l'IN 125, de 4,0 à 4,5 postes pour le service socio-hôtelier pour 10 résidents, impliquerait 220 postes supplémentaires, ce qui correspondrait à un montant de 22 millions de francs.

Au total, la modification de la LEMS telle qu'envisagée par l'IN 125 impliquerait un surcoût annuel de 60 millions de francs pour le canton, à francs constants. Le coût par jour et par résident augmenterait ainsi de 51 francs.

A cela s'ajouterait aussi la prise en compte de personnel non comptabilisé dans la dotation, comme les ergothérapeutes ou les physiothérapeutes.

## *VI. Conséquences de l'initiative à l'égard de la politique des personnes âgées*

L'acceptation de cette initiative entraînerait un déséquilibre du financement des EMS. L'ensemble du système devrait s'ajuster à cette nouvelle donne. Ceci pourrait induire une réduction de l'aide apportée à d'autres secteurs clés de la prise en charge des personnes âgées, comme l'aide et les soins à domicile. Or, le maintien à domicile concerne potentiellement plus de 15'000 personnes de plus de 80 ans, si l'on veut retarder leur transfert en EMS.

Sur le plan national, le Conseil fédéral a mis en consultation un projet concernant le régime déterminant le financement des soins des personnes âgées en EMS ; le projet du Conseil fédéral propose deux modèles (A et B) afin de garantir le financement des soins de longue durée à domicile et en institution. Le modèle A s'appuie sur le principe selon lequel la LAMal couvre un risque lié à la maladie et non un risque général lié à la vieillesse, en faisant la distinction pour la prise en charge des soins, entre situation de soins simples et situation de soins complexes. Le modèle B, est lui, axé sur un critère temporel, à savoir une séparation stricte entre soins aigus, intégralement pris en charge par l'assurance obligatoire de soins, tandis que les soins de longue durée seraient financés tant par l'assurance-maladie et les pouvoirs publics (par le biais des prestations complémentaires), que par les personnes nécessitant des soins.

Actuellement, il est erroné d'affirmer que la « LAMal prévoit le remboursement à 100 % du coût des soins dans les EMS et qu'il s'agit *simplement* de faire respecter la loi ». En effet, la LAMal et l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins (OPAS) définissent, la prise en charge par les assureurs des soins dispensés dans les EMS et des tarifs-cadres. Par ailleurs, la loi fédérale urgente votée le 8 octobre 2004 par l'Assemblée fédérale a gelé jusqu'au 31 décembre 2006 le niveau du tarif des soins dispensés dans les EMS, dans la mesure où ils dépassaient à cette date les tarifs-cadres fixés par le Département fédéral de l'intérieur à l'art. 9a OPAS. De plus, comme exposé dans la section II.1. de ce rapport, les prestations de soins non prises en charge par les assureurs ne pouvant être reportées sur les résidents d'EMS, la question de savoir qui assumera les coûts des prestations supplémentaires prévues par l'IN 125 reste ouverte. Dans la situation budgétaire actuelle, le canton ne peut en aucun cas se permettre d'assumer encore des coûts supplémentaires.

En outre, les modèles de financement des soins de longue durée, à l'étude au niveau fédéral, ne vont pas dans ce sens. Au contraire, les études en cours

sur le plan national mettent en avant une définition plus étroite des soins et par conséquent, une restriction des personnes pouvant bénéficier de ces soins.

Si un changement était souhaité dans la prise en charge des personnes âgées en EMS, une modification marginale ne pourrait suffire. Au contraire, un tel changement devrait être le fruit d'une réorientation globale, précédée d'études permettant de prendre des décisions sur des données scientifiques et fiables. Les travaux en cours sur la planification médico-sociale sont susceptibles d'alimenter ce débat en éclairant à la fois les besoins en matière de soins et les caractéristiques de l'offre sanitaire.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à refuser l'initiative 125.

#### AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

Le chancelier :  
Robert Hensler

La présidente :  
Martine Brunschwig Graf

*Annexe :*

*Texte de l'initiative 125 « Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS »*

## Secrétariat du Grand Conseil

## IN 125

### Lancement d'une initiative

Le Comité d'initiative Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS a lancé une initiative populaire formulée intitulée «Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS», qui a abouti.

Le tableau ci-dessous indique les dates ultimes auxquelles cette initiative doit être traitée aux différents stades du processus d'examen des initiatives prévus par la loi.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Arrêté du Conseil d'Etat constatant l'aboutissement de l'initiative, publié dans la Feuille d'avis officielle le .....   | <b>9 mai 2005</b>        |
| 2. Débat de préconsultation sur la base du rapport du Conseil d'Etat au sujet de la validité et de la prise en considération de l'initiative, <b>au plus tard le</b> .....  | <b>15 septembre 2005</b> |
| 3. Décision du Grand Conseil au sujet de la validité de l'initiative sur la base du rapport de la Commission législative, <b>au plus tard le</b> .....  | <b>9 février 2006</b>    |
| 4. Sur la base du rapport de la commission désignée à cette fin, décision du Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contreprojet, <b>au plus tard le</b> ..... | <b>9 novembre 2006</b>   |
| 5. En cas d'opposition d'un contreprojet, adoption par le Grand Conseil du contreprojet, <b>au plus tard le</b> .....   | <b>9 novembre 2007</b>   |

# Initiative populaire

## Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS

Les soussignés, électrices et électeurs du canton de Genève, en vertu des articles 64 et 65B de la constitution de la République et canton de Genève, du 24 mai 1847, et des articles 86 à 94 de la loi sur l'exercice des droits politiques, du 15 octobre 1982, appuient la présente initiative cantonale formulée tendant à modifier la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (LEMS), du 3 octobre 1997 (J 7 20), en donnant aux personnes âgées vivant dans les établissements médico-sociaux la totalité de l'encadrement nécessaire.

### Article unique

La loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (LEMS), du 3 octobre 1997, est modifiée comme suit :

#### **Art. 9, lettre h (nouvelle teneur)**

L'autorisation d'exploitation est délivrée au requérant qui, en conformité avec la planification sanitaire cantonale :

- h) affecte à la prise en charge des pensionnaires le personnel nécessaire en nombre et en qualification, rémunéré conformément aux conventions collectives ou, à défaut, aux normes équivalentes en vigueur dans les EMS, pour assurer la totalité des prestations nécessaires aux pensionnaires et qui sont prodiguées par :
  - 1° les services de l'hôtellerie, de la technique et de l'administration,
  - 2° le service de l'animation socio-culturelle,
  - 3° le service des soins infirmiers,
  - 4° les autres professionnels de la santé, notamment les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychomotriciens, les logopédistes, les diététiciens, les laborantins; ces derniers peuvent avoir le statut d'indépendants, si les besoins de l'établissement ne justifient pas un engagement, même à temps partiel;

## **EXPOSÉ DES MOTIFS**

### **Des soins convenables pour les personnes âgées**

A Genève, depuis 1998, un outil détermine les soins dont ont besoin les personnes âgées en EMS. Il s'agit de l'outil PLAISIR® (PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis). Les concepteurs de cet outil précisent que les 100% des soins selon PLAISIR® « ne correspondent pas à des soins optimaux mais doivent toutefois assurer au pensionnaire un bien-être et une sécurité convenables ».

### **Une réalité convenable ?**

Aujourd'hui, Genève se situe environ 20% en dessous de ces soins « convenables ». Cela signifie que pratiquement 20% des soins nécessaires aux personnes âgées ne leur sont pas donnés. Et ce chiffre baisse encore régulièrement ! C'est dire l'urgence de cette initiative.

### **Et l'encadrement ?**

Si les soins infirmiers sont calculés par un outil, tout le reste de l'encadrement est mis dans un « pot commun » largement sous-évalué. L'animation, l'administration, l'hôtellerie et le service technique, tout cela ne fait l'objet d'aucun calcul précis. La dotation de ce personnel relève d'un chiffre totalement arbitraire qui remonte aux années 80. Or aujourd'hui, suite au développement des soins à domicile à Genève, les personnes âgées entrent en EMS plus tard et souvent plus atteintes dans leur santé. Mais si le travail augmente, le personnel lui n'augmente pas, et c'est la qualité de la prise en charge des personnes âgées qui diminue chaque année. De plus, la dotation de ce personnel ne tient pas non plus compte de l'introduction de la convention collective de travail de 1998, ni de la multiplication des contraintes liées aux nouvelles dispositions légales.

### **Des prestations menacées**

Sans parler des ergothérapeutes, physiothérapeutes et de tous les pluriprofessionnels de la santé travaillant aujourd'hui en EMS. Ces employés ne figurent ni dans les soins ni dans le reste de l'encadrement. Leur statut est très fragile et régulièrement menacé.

## **Amélioration pour les personnes âgées et pour le personnel**

Les conditions de travail du personnel ont une répercussion directe sur les personnes âgées. A ce titre, l'augmentation des effectifs permettrait notamment la suppression d'horaires coupés en EMS. Ces horaires sont particulièrement pénibles pour le personnel et ont d'ailleurs déjà été supprimés aux HUG.

## **Un financement réaliste**

Aujourd'hui, si les assureurs maladie remboursaient réellement la part prévue par la loi, le coût supplémentaire de cette initiative serait déjà largement couvert. En effet, la LAMal prévoit le remboursement à 100% du coût des soins en EMS. Or à l'heure actuelle, les assureurs ne remboursent qu'à peine 50%. Il s'agit donc « simplement » de faire respecter la loi pour que nos aînés puissent disposer des prestations qui leur sont nécessaires.

## **Une réponse durable**

On le sait : les gens vont vivre de plus en plus longtemps et le travail des EMS va continuer à s'intensifier. L'initiative entend apporter des solutions qui puissent encore être appliquées, même quand la situation aura évolué. Afin que Genève puisse correctement et durablement s'occuper de ses aînés, il faut assurer la totalité des prestations requises par les pensionnaires, dispensées par :

### **– Le service des soins infirmiers**

C'est-à-dire aujourd'hui, selon l'outil d'évaluation en vigueur, les 100% des soins requis d'après les paramètres actuels, déduction faite des cadres infirmiers qui ne dispensent pas directement des soins aux personnes âgées. Ces cadres doivent donc être inscrits dans la dotation en surplus du calcul des soins.

### **– Le service socio-hôtelier**

C'est-à-dire : la cuisine, la restauration, les femmes de chambre, la buanderie, le service technique et l'administration. Le chiffre de 4 postes pour 10 pensionnaires, ancien paramètre fixé dans les années 80, doit au moins être augmenté à 4,5 postes pour 10 pensionnaires, si l'on veut faire face à toutes les modifications actuelles du secteur. Et cela une fois ôté le directeur, déjà prévu par l'application de la loi J 7 20 (loi sur les EMS), et les animateurs dont il est question au point suivant.

– *Le service de l'animation*

Si le service socio-hôtelier n'a pas aujourd'hui un outil d'évaluation comme les soins, il existe en tout cas pour l'animation un document tout à fait précis quant aux nécessités en termes de dotation. Il a été rédigé conjointement par l'AGASPA, association professionnelle des animateurs travaillant en EMS, et la FEGEMS, fédération genevoise des EMS. Ce rapport demande que les EMS disposent de 6 postes d'animation pour 100 pensionnaires, ce qui est un minimum nécessaire.

– *Les pluriprofessionnels de la santé*

C'est-à-dire les ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychomotriciens, logopédistes, diététiciens, laborantins. Il n'existe aujourd'hui aucun chiffre non plus à leur sujet, mais on peut se baser sur l'existant pour l'étendre à l'ensemble des EMS, de façon à ce que chaque établissement puisse dispenser, en fonction du nombre de personnes âgées dont il s'occupe, des prestations similaires.