

Date de dépôt : 9 juin 2008

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat sur le réseau de soins et le maintien à domicile (K 1 06)

Rapport de M^{me} Brigitte Schneider Bidaux

Mesdames et
Messieurs les députés,

Ce projet de loi présenté par le Conseil d'Etat se place dans le cadre de la nouvelle loi sur la santé votée en avril 2007 par le Grand Conseil. Le canton de Genève a une longue tradition d'aide à domicile. Et plus particulièrement, ces vingt dernières années, suite à une initiative populaire demandant un développement important dans ce domaine. L'initiative a été acceptée le 12 mai 1985. Six ans de travaux du Grand Conseil ont abouti au vote, le 12 septembre 1991 de la loi sur l'aide à domicile concrétisant cette initiative.

Ce projet de loi répond à une mise en conformité de la situation actuelle en ce qui concerne les soins à domicile. En effet, certains changements ont déjà eu lieu, tels que la réorganisation des centres d'actions et de santé (ci-après : CASS), la séparation de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (ci-après : FSASD) et de l'Hospice général, entre autres, (cf. RD 705 de la Commission de contrôle de gestion sur la réorganisation des centres d'action sociale et de santé).

La Commission de la santé a été saisie en juin 2007 du projet de loi qui nous occupe. Les travaux de notre commission ont débuté en octobre 2007 sous les présidences successives de MM. Claude Aubert et Gilbert Catelain. Les dix séances de commission et les nombreuses auditions (16) nous ont permis de nous faire une idée claire des problématiques de la politique de santé en matière de maintien domicile. Elles se sont déroulées en présence de M. le conseiller d'Etat Pierre-François Unger, de M^{me} Nicole Fichter, directrice DGCASS (DES), de M. Jean-Marc Guinchard, directeur à la

Direction générale de la santé (DES) et de M. Carmelo Lagana, secrétaire adjoint (DES). Que toutes ces personnes soient remerciées pour leurs contributions et leur aide dans les travaux de la commission.

Les procès-verbaux ont été tenus successivement par M. Jean Luc Constant, M^{mes} Eliane Monnin et Nathalie Bessard. Qu'ils en soient remerciés.

La commission a décidé, dans un premier temps, de traiter en parallèle les deux projets de lois suivants : le projet de loi 10058 sur le réseau de soins et le maintien à domicile (K 1 03) et le projet de loi 9921 sur les actions en faveur des personnes âgées, car certains aspects de ces deux projets de lois sont convergents. Les prises de position des personnes auditionnées se rapportent donc aux deux projets de lois.

Présentation du projet de loi 10058 sur le réseau de soins et le maintien à domicile pas M. Pierre-François Unger

Durant les vingt dernières années, les soins à domicile ont fait l'objet de quatre rapports du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif aux programmes quadriennaux de l'aide à domicile. Ils ont permis de suivre l'évolution des prestations et celles des structures (fusions successives de différentes associations d'aide et de soins à domicile), en regard du nombre et de l'âge des clients concernés et à leurs besoins.

Le souhait de la population de pouvoir rester à domicile est de pouvoir bénéficier de prestations d'aide et de soins à domicile est clairement exprimée ; en particulier, la population des personnes âgées aspire à rester à son domicile.

L'établissement médico-social (ci-après : EMS) est une alternative lorsque les besoins en soins quotidiens deviennent trop importants.

Dans cette évolution, pour le conjoint, les enfants et les proches, la charge affective et physique est non négligeable lorsque la maladie et /ou la perte d'autonomie survient. Les prestations assumées dans le passé par la famille vont diminuer dans l'avenir en raison de certains facteurs, tels que l'augmentation du taux d'activité professionnelle des femmes et du changement des modèles familiaux (augmentation du nombre de familles monoparentales, augmentation de la mobilité géographique. De plus, les personnes âgées ont souvent des enfants en âge AVS qui s'occupent d'elles avec des risques d'épuisement du réseau d'aidants familiaux).

A l'avenir, il sera indispensable de maintenir et de diversifier des prestations de socialisation, d'accompagnement et de mobilisation des facultés physiques et psychiques afin de ne pas entrer dans l'engrenage de l'isolement qui prédispose à la perte d'autonomie. Les structures intermédiaires sont aujourd'hui et seront davantage demain un dispositif complémentaire ou subsidiaire à l'aide fournie par les proches.

Le développement des soins ambulatoires et des soins palliatifs répond également à une demande des personnes actives et d'enfants atteints dans leur santé. De même de plus en plus de femmes enceintes désirent, après leur accouchement, rentrer rapidement à la maison avec le suivi d'une sage-femme.

Enfin, le raccourcissement des durées de séjour hospitalier transférera la poursuite de certaines prestations de soins et d'aide dans les structures d'aide à domicile. De plus, le projet de loi 10058 est à mettre en regard de l'augmentation démographique et de l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées (80 ans et plus). Pour exemple, le nombre de personnes âgées dépendantes avec des troubles cognitifs (Alzheimer par exemple) va s'accroître de 14% entre 2004 et 2010.

Ce projet de loi s'axe sur sept points :

- 1. Il se veut une loi cadre sur le réseau de soins et le maintien à domicile prenant appui sur la loi sur la santé ;**
- 2. le parcours de vie de la personne prime sur les structures existantes ; celles-ci doivent s'adapter aux besoins des personnes, et non l'inverse ;**
- 3. formaliser le réseau de soins ;**
- 4. introduire une dynamique qui privilégie l'information, l'équité de traitement et l'utilisation efficiente des ressources ;**
- 5. privilégier le maintien à domicile ;**
- 6. ancrer le réseau de soins au maintien à domicile ;**
- 7. reconnaître le rôle des familles et des proches.**

Pour accomplir cela, le projet de loi repose sur trois piliers fondamentaux :

1. Le **réseau de soins** : ses missions, l'accès aux soins, l'orientation des personnes et son fonctionnement.
2. Le **maintien à domicile** qui implique de définir quatre points : les bénéficiaires, les lieux d'intervention, les organisations d'aide et de soins à domicile, ainsi que les structures intermédiaires et l'aide aux proches.
3. **La commission de coordination** qui doit assurer la coordination entre les partenaires, proposer des règles communes de fonctionnement et participer à la mise en œuvre des programmes de promotion et de prévention de la santé.

Les points convergents entre le projet de loi 10058 et le projet de loi 9921 sont les suivants : la coordination entre les services publics et privés et la répartition des rôles entre l'Etat et les communes, l'accès à la prévention et la promotion de la santé. La différence essentielle se trouve dans le fait que le projet de loi 9921 concerne exclusivement les personnes âgées, dépendantes ou non, sans liens directs avec d'éventuels problèmes de santé. Le projet de loi 10058 concerne les personnes de tout âge dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins, ainsi qu'une action coordonnée répondant aux besoins des personnes dans leur trajectoire de vie.

Discussion :

Lors de la discussion suivant cette présentation, tous les groupes politiques se sont exprimés en faveur du projet de loi 10058 ; néanmoins, certaines questions sont ressorties principalement au sujet de la mise en place du réseau de soins, de l'aide du réseau familial, de la participation des communes dans ce projet et de la place de l'aide sociale, peu présente dans le projet de loi présenté.

Le travail déjà entrepris par la Ville de Genève – en particulier, le service d'action communautaire – est souligné. Des expériences similaires sont entreprises dans les communes suburbaines.

Au sujet de l'aide aux aidants naturels, il conviendrait de rédiger un règlement, mais il n'est pas question de déléguer à des non-professionnels des tâches et des responsabilités relevant de professionnels. Les aidants naturels ne peuvent pas être confondus avec les aidants professionnels, quel que soit leur niveau de formation.

Dans le cadre d'une aide aux aidants naturels, il ne peut pas s'agir de déductions fiscales en regard de la LHID, mais à titre d'exemple le canton de Fribourg est évoqué (les aidants naturels perçoivent une aide financière de 50 F/jour). De plus, il est important de pouvoir permettre aux aidants naturels de se reposer de temps en temps, d'où l'importance de structures intermédiaires.

Une commissaire s'inquiète de savoir si des critères de temps d'aide par jour existent, et si des prestations d'aide aux familles ne peuvent actuellement pas être prises en compte car les demandes concernant les personnes âgées sont très importantes. Il est répondu qu'entre cinq heures et six heures par jour, il devient plus coûteux de suivre une personne à domicile que de donner des soins dans un lieu approprié. Quant aux prestations parents/enfants, il n'est pas question de diminuer ces prestations.

Un commissaire se demande si la création d'une commission de coordination du projet de loi 10058 ou d'une commission consultative du projet de loi 9921 ne ferait qu'ajouter un échelon aux services de l'Etat sans pour autant augmenter le travail effectif auprès des bénéficiaires de soins. Le développement de structures plus légères à l'intérieur des EMS est évoqué.

Le département indique qu'actuellement, il n'y a pas de collaborateur de la FSASD qui assure le lien avec l'hôpital, et l'hôpital ne prévient pas la FSASD de la sortie d'un malade. C'est pour cela que le projet de loi prévoit la création d'une commission de coordination. L'objectif de cette dernière est de définir les règles à appliquer afin que les différents intervenants travaillent ensemble sur le terrain. La commission de coordination sera composée de partenaires du réseau de soins. Il n'est donc pas question d'ajouter un étage au dispositif.

Processus d'accès aux soins pour les personnes âgées (Annexe 1)

Environ 5300 personnes entrent dans le réseau par année. Il existe 4 portes d'entrée possibles. Les personnes elles-mêmes, la FSASD ou d'autres institutions d'aide à domicile, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et les cliniques privées. Suite à une demande, une évaluation des besoins et du degré de dépendance de la personne sera faite. Celle-ci comprend les soins médicaux et infirmiers, les activités de la vie quotidienne, l'accompagnement social, administratif et financier. L'évaluation se fera selon les cas sur le lieu où se trouve la personne par des infirmières de la FSASD, des infirmières de liaison des HUG, cela en coordination avec les médecins traitants. Une orientation pour la personne en fonction de sa situation sera proposée. Le processus est le même pour une

personne déjà prise en charge pour évaluer les besoins d'aide complémentaires.

En ce qui concerne l'aide sociale, il est envisagé que les assistants sociaux (ci-après : AS) de l'hôpital pourraient être affectés aux centres de soins à domicile, au même titre que la FSASD a des infirmières de liaison en permanence dans les HUG (infirmières de liaisons). Si la demande d'aide est du domaine médical, ce sera la FSASD, si les besoins de soutien sont d'ordre administratif et financier, ce sont les AS qui prendront le relais. Il s'agira de répartir clairement les tâches.

Présentation du projet de loi 9921

Ce projet de loi présenté par le parti socialiste a pour but de se doter d'une loi cadre en faveur des personnes âgées. Le canton est bien doté de structures, associations, etc., tant au niveau de l'Etat que des communes. Toutefois, il manque une prise en charge collective et une synergie dans l'ensemble de tout le processus en faveur des personnes âgées. Ce projet de loi se base sur les principes de l'OMS et notamment que les aînés puissent participer à la vie civile de notre sociétés qui doit être multi-âges.

Toutes les personnes âgées n'ont pas besoin d'aide au niveau social ou médical, par contre les liens sociaux sont importants. C'est la société civile, c'est le fait de participer à la construction de sa vie. Le problème est que l'on vit dans une société cloisonnée alors que le projet de loi vise une approche globale face aux différents besoins. Pour coordonner les intervenants, il propose une délégation aux personnes âgées, rattachée au Département de l'action sociale où seraient concentrées toutes les activités et aides (de la construction d'immeubles, à l'organisation des plan de quartiers et la prise charge des différents besoins).

Audition de MM. P.-A. Schneider, président, et B. Buchs, membre du bureau de l'Association des médecins genevois (ci-après AMG)

L'AMG n'a pas été consultée dans l'élaboration de cette loi. Le système actuel marche bien et l'AMG fait confiance aux structures existantes. Il y a eu beaucoup de progrès dans l'échange d'informations. Il est précisé qu'une majorité des généralistes se déplacent à domicile, y compris les pédiatres.

Les difficultés de communication entre l'Hospice général et la FSASD étaient connues dans le cadre des CASS, le seul interlocuteur de l'AMG était devenu la FSASD. Un groupe informel regroupant le directeur de la FSASD, un représentant de l'AMG, l'infirmière-chef des soins des pratiques

professionnelles de la FSASD et un médecin des HUG spécialiste des soins à domicile a été créée. Il se réunit chaque mois et a permis de régler rapidement de nombreux problèmes.

L'AMG prend acte de la décision de Conseil d'Etat de proposer une nouvelle loi et s'oppose à ce que cette loi soit une copie de l'ancienne avec juste un changement de nom, à savoir : des centres de maintien à domicile (ci-après : CMD) à la place des CASS actuels : une commission de coordination à la place de la commission des CASS actuelles. Elle demande, entre autres, que la place du médecin traitant soit réaffirmée comme étant au centre de la prise en charge et qu'il participe pleinement à la création de CMD. Dans ce cadre, la création des CMD doit être l'œuvre des structures présentes (FSASD, AMG, usager, EMS, D2...).

Lors de la discussion, la possibilité pour les CASS d'avoir deux à trois lits pour des traitements courts est évoquée. La question précise d'une antenne dans un EMS est émise. Il nous est précisé qu'actuellement, les EMS s'ouvrent de plus en plus sur la vie du quartier. Les gens peuvent par exemple aller y prendre leur repas de midi.

Les difficultés rencontrées lorsque les patients ont des besoins sociaux sont soulignées par une commissaire. Pour M. Buchs cette collaboration est essentielle. Il s'étonne qu'il n'y ait pas de dossiers communs entre la FSASD et l'Hospice général et déplore l'inexistence d'un service social pour les personnes âgées.

Audition de M^{mes} J. Cramer, présidente de l'Association genevoise des foyers de jour, et J. Berberat, présidente de Pro Senectute

La future loi sur le réseau de soins est une loi d'intention et d'orientation et permettra aux services concernés de s'organiser et de créer des règlements qui correspondent à la réalité du terrain. Il est souligné qu'il serait important d'associer les gens de terrains à ce règlement et qu'une évaluation soit faite au bout d'un certain temps.

Il est reconnu une grande compétence des structures existantes mais que les difficultés de communication et une méconnaissance du réseau ne permettent pas leur utilisation maximale. La commission de coordination proposée dans la loi, et souhaitée par les partenaires depuis fort longtemps, est saluée.

Par contre, l'association regrette que le terme « soins » retenu n'englobe pas un accompagnement social, la santé et le social étant complètement liés. Les personnes âgées ont des besoins globaux qui sont autant de l'ordre de la santé physique, psychique que de l'aide matérielle, financière et

psychosociale. Elle préconise également d'englober les EMS dans le réseau et de ne plus opposer le domicile à l'institutionnalisation. De même, elle salue l'aide aux proches mentionnée dans ce projet de loi et en particulier les mesures de répit ainsi que la reconnaissance des proches considérés comme des véritables partenaires, reconnus dans leurs compétences, aidés financièrement, mais qui en aucun cas ne doivent remplacer une aide professionnelle.

Lors de la discussion, le manque d'accompagnement social de ce projet de loi est souligné. Toutefois, c'est la FSASD, dans son travail de première ligne, qui est le plus directement concernée par cette loi. En effet, son travail est lié aux observations des infirmières à domicile alors que les foyers de jour interviennent dans des situations plus complexes.

Quant aux problèmes de transmission et d'information, il est clairement dit que les outils de transmission existants ne sont pas utilisés systématiquement.

Audition de MM. Gruson, directeur général, et P. Dayer, directeur médical des HUG

Lors de cette audition, M. Gruson se félicite de ce projet de loi dans la mesure où la concertation entre les différents intervenants doit se faire en concertation au sein du réseau. Il souligne les difficultés actuellement rencontrées et le manque de coordination dans la trajectoire de soins d'une personne. M. Dayer souligne qu'il est indispensable que tout soit fait pour fluidifier les échanges rapidement. Pour lui, la commission de coordination va dans ce sens. Trois prérequis sont indispensables lors de la mise en place de cette loi :

- 1) Il faut une information adéquate de tous les intervenants du système.
- 2) Il faut apprendre des expériences des autres, et en particulier des Canadiens, et associer le médecin de référence.
- 3) Il s'agit d'adopter un langage commun.

La commission de coordination est une commission de professionnels. Il n'en existe actuellement pas. Cette commission doit traiter des grandes options stratégiques et des régulations dans la prise en charge des personnes âgées. Actuellement, il y a une coopération avec la FSASD plus dans certains secteurs que dans d'autres. Cela est dû à la présence d'infirmières de liaison de la FSASD à l'intérieur de l'hôpital, ce qui n'existe pas en ce qui concerne les placements en EMS. La possibilité de déplacer certains assistants sociaux dans les CASS est évoquée. Il est important d'agir dès l'hospitalisation sur

les prévisions de retour et de se concentrer sur la trajectoire de vie des patients. Le lien le plus naturel n'est ni l'hôpital ni les EMS, mais l'aide à domicile, autour du médecin traitant qui est le pivot du système. Il est rappelé que si les CASS n'ont pas marché aussi bien qu'on l'avait espéré, c'est parce que la structure de coordination n'était pas assez contraignante pour que les directions des services respectifs se mettent d'accord pour faire fonctionner le système.

Un commissaire se pose la question de la transmission d'information et se pose la question d'un outil de transmission commun. La possibilité d'une carte informatisée est une nouvelle fois évoquée.

Audition de M^{me} Horber-Papazian, professeure à l'IDHEAP

M^{me} Horber-Paparian a reçu le mandat d'évaluation des CASS. La première remarque émise est qu'il est impossible de mettre en œuvre les deux projets de lois en même temps car l'on risque de créer des doublons.

Au sujet du projet de loi 9921, la première observation est qu'il propose une approche globale de la problématique des personnes âgées. Mais une interrogation reste sur le premier article unique qui définit le but (favoriser la participation des personnes âgées dans la vie sociale, lutter contre l'isolement, etc.) alors que la majeure partie des autres mesures relèvent des questions de la santé (aide et soins à domicile, garantir l'accès aux soins médicaux, etc.). Il est relevé avec surprise que la délégation proposée est rattachée à l'action sociale. Le risque est grand de se retrouver dans les mêmes difficultés mises en évidence lors de l'évaluation de la loi sur les CASS.

En ce qui concerne le projet de loi 10058, le texte de loi propose un réseau de soins plus apte à répondre aux objectifs de la loi. Certains points seraient susceptibles d'être améliorée : il est demandé de mettre en place un réseau de soins qui réunit à la fois des acteurs privés et publics et des médecins. La question d'inscrire dans la loi un devoir ou une tâche de droit public pour des acteurs privés ? Afin de pouvoir effectuer cette tâche, il est proposé de faire mention d'une mise en place d'un système d'information intégré (il n'est pas besoin d'un gros système) mais d'une base qui permette à chacune des structures d'avoir des informations pour piloter leur action, que le flux d'informations circule pour qu'elles remontent au département qui va s'assurer que l'on est bien dans la cible. Cela implique de définir des prestations, des indicateurs et que l'information soit transparente pour tous les acteurs (sans entrer dans la sphère privée). Il faut se donner les moyens de piloter, de renforcer le rôle du département de manière à ce qu'il puisse

assumer sa haute surveillance au-delà des compétences des personnes et d'ajuster les protocoles en conséquence.

En ce qui concerne la commission de coordination, elle n'est perçue ni comme consultative, ni réglementaire. Il est suggéré de créer un groupe de travail au service du département chargé de faire remonter les informations et de travailler à la mise en œuvre de la politique pour ce public cible des personnes âgées, de coordonner des thèmes d'intérêt commun, des prestations à offrir dans le cadre de cette loi. L'article de la loi concernant les communes est trop vague et n'apporte pas de précisions par rapport à la situation actuelle car les communes mettent déjà des locaux à disposition et assument déjà des tâches pour les personnes âgées. Le manque d'accompagnement au niveau social de ce projet de loi est souligné.

Il est relevé lors de la discussion que la loi a un objectif central qui relève des questions sanitaires. Pour qu'un réseau marche, il faut le plus petit dénominateur commun et des publics cibles sur lesquels on travaille pour la prévention, la promotion, l'appui, l'encadrement. Dans les CASS, on avait mis ensemble des intervenants avec des publics cibles très différents, des logiques différentes. Dans la nouvelle loi les soins sont au centre, c'est une priorité.

Audition de M^{me} Bernasconi, présidente, M. Goldstein, vice-président, et M. Ankers, secrétaire général de la FEGEMS

La FEGEMS salue l'idée d'une loi cadre sur l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle salue aussi le fait de mettre la personne âgée au centre d'un dispositif de prestation du domaine santé-social, et de formaliser le réseau de soins. De même que le principe de privilégier le maintien à domicile est poursuivi.

Lors de cette audition, la FEGEMS fait ressortir les inquiétudes du risque d'absence du volet social dans cette loi, car la question de l'entrée en EMS, comme le séjour à l'hôpital pose beaucoup de questions d'ordre administratif (demandes de prestations complémentaires de l'OCPA, assurance maladie, etc.). Il nous est annoncé que la loi sur les EMS va être refondue. C'est dans ce cadre que va se poser la question du rôle de uns et des autres. La position du médecin sera aussi plus claire dans cette nouvelle loi. La mise sur pied d'une commission de coordination est saluée. Celle-ci fait écho au précédent groupe de coordination HUG-FSASD-EMS, qui n'a pu concrétiser la mise en réseau des partenaires, faute de mandat formel d'attribution.

De plus, pour la FEGEMS, il est important d'offrir des formations continues en fonction des besoins avec une vue d'harmonisation de certaines

d'entres elles et de spécialisation pour d'autres. Il faut continuer la pratique actuelle (les offres figurent dans un catalogue conjoint pour la FSASD, les EMS et les HUG et sont gérées par le centre de formation des HUG).

Par contre, tout ce qui a trait aux projets institutionnels des différentes structures doit respecter la spécificité de chacune afin de permettre une offre correspondant aux besoins des personnes âgées.

Audition de M. C. Perrier, président de la Fondation René et Kate Bloch

La fondation s'occupe de logements destinés à des personnes en âge AVS. Ces logements avec l'encadrement d'un gérant sociale font partie des structures intermédiaires, ce sont des passerelles entre la maison et l'EMS. Les habitants ont l'obligation d'une téléalarme qui permet, en cas de malaise, de pouvoir appeler de l'aide. La FSASD intervient à la demande des locataires. Le financement de ces logements est assuré par une subvention cantonale et les loyers des locataires. Un conseil de fondation gère les immeubles. La moyenne d'âge des locataires se situe entre 75 et 80 ans. Les logements de cette fondation sont des logements HBM ou HLM avec des loyers abordables dans lesquels sont incluses les commodités liées à cette sécurité supplémentaire.

La pertinence de ce type d'offre de logements intermédiaires est soulignée lors de la discussion. Mais pour le moment, l'offre ne correspond pas à la demande puisque seulement 10 à 12% des demandes peuvent être honorées. Il est relevé qu'il peut y avoir des avantages lorsqu'ils se trouvent à proximité d'un EMS, par exemple si l'un des conjoints doit être placé.

Audition de MM. J. Perrot, président, et M. Mancey, directeur de la FSASD

Le principe d'une loi cadre sur le maintien à domicile fidèle à l'esprit de l'initiative populaire de 1986 et de la loi votée en 1992 est salué. Ce projet de loi donne une marge de manœuvre nécessaire pour définir et proposer des modes d'organisation d'offres de prestation en adéquation avec les besoins évolutifs de la population et conforme aux normes de qualité, d'efficacité et de respect de l'environnement. Cela se définit par :

- un projet fondé sur une meilleure proximité à la population par une localisation géographique des équipes en fonction de la clientèle, et l'ouverture de quatre centres de maintien à domicile (CMD) ;
- un développement des prestations ambulatoires par la mise à disposition de prestations de soins dans les quartiers, le développe-

ment de l'alternative aux repas à domicile par des repas pris en commun dans des restaurants de quartier, par des consultations parents/enfants organisées avec des partenaires locaux en lien avec la petite enfance.

La FSASD est favorable au principe d'un fonctionnement en réseau. Il est rappelé que 70% des demandes adressées à la FSASD vient des HUG, 6% des cliniques, 6% des médecins et 15% viennent directement de la clientèle ou de leur famille. Le réseau devrait disposer d'un certain pouvoir décisionnel. Il est fondamental de définir clairement ce qui est du ressort décisionnel des institutions/associations, d'une part, et celui du réseau, d'autre part. Il est relevé que le médecin est un partenaire fondamental dans le cadre des soins à domicile.

Pour la FSASD, la diversification des offres de logements à encadrement, dont les structures intermédiaires, est importante ; mais un label permettrait de clarifier leurs rôles et leurs missions.

La FSASD souligne l'importance des aidants naturels dans le maintien à domicile et salue la volonté de la mise en place de mesures incitatives en leur faveur. Il est aussi rappelé que le tiers des clients bénéficiaires de prestation ont besoins d'aide pour des démarches administratives. Il serait judicieux de compléter les prestations de la FSASD par une aide administrative. Dans certains cas, la formation des collaborateurs est suffisante et dans d'autres, il est indispensable qu'une assistante sociale prenne le relai.

Dans la discussion, le problème de la rémunération des prestations est posé. Une évaluation des besoins est faite. Les soins sont pris en charge par la LAMAL. Ceux-ci font l'objet d'un contrôle de plus en plus strict de la part des assurances, et les pressions sont très fortes pour diminuer les coûts. Les prestations d'aide au ménage font l'objet d'une facturation selon un tarif fixé par le Conseil d'Etat. Le travail social est considéré comme un travail gratuit, on pourrait penser à une prestation d'aide qui soit facturée ; il y aurait des recettes pour l'institution et en contrepartie une obligation de comptabiliser ce temps.

Le problème de la coordination des prestations est posé comme exemple, lors la prise en soins d'un patient avec une demande de soins palliatifs : tout sera mis en place rapidement. Par contre, si les besoins sont plus diffus, la coordination peut poser problème. Il faut une évaluation des besoins faite par des professionnels. Les sorties de l'hôpital le vendredi et la veille de jours fériés ne sont pas toujours anticipées. Il est rappelé que la FSASD a le mandat d'une première intervention dans les vingt-quatre heures. De plus, les sorties doivent être annoncées trois jours à l'avance. Le problème est de

répondre aux sorties non programmées. Il faut éviter dans la mesure du possible les situations où l'ensemble des collaborateurs fait un peu moins pour pouvoir rajouter une personne en plus.

En ce qui concerne le projet de loi 9921, les buts sont salués et se retrouvent en grande partie dans le projet de loi 10058.

Audition de MM. S. Dal Busco, président, et A. Rutsche, secrétaire général de l'ACG

Le projet de loi 9921 n'appelle pas de commentaires particuliers, dans la mesure où il vise à renforcer la coordination des actions des pouvoirs publics. Les communes devront être étroitement associées à la préparation des mesures destinée à sa concrétisation.

En ce qui concerne le projet de loi 10058, une clarification sur deux points du projet est demandée, à savoir l'évolution des besoins en locaux qu'il implique (dont la mise à disposition continuera à incomber aux communes) et sur la nature des éventuelles autres prestations à fournir par les communes. Par ailleurs, la fin programmée des subventions accordées aux communes qui fournissent des locaux posera des problèmes à celles qui les louent (celles qui les ont acquis ayant d'ores et déjà touché les subventions dues).

Lors de la discussion, les disparités d'offre sociale dans les communes sont relevées. Les efforts de la Ville de Genève sont sans commune mesure avec ceux des autres communes. L'ACG avait mis beaucoup d'espoir dans les CASS et la tentative de rapprocher les communes à travers un dispositif global, et notamment l'Hospice général. Actuellement, les communes se concentrent sur l'aide individuelle et non pas l'aide communautaire.

Audition de MM. M. Gorja, président, et A. Saurer, membre du Forum Santé

Le Forum Santé a des inquiétudes sur le fait qu'il y ait des structures disproportionnées, lourdes et peu efficaces qui soient mises en place. Pour remédier à ce problème, le Forum santé insiste sur la nécessité de créer des outils communs, des critères communs entre les partenaires du réseau de soins. Par contre il est inadéquat d'avoir une centralisation des plans de soins. Pour cela, il est proposé :

- des questionnaires standardisés pour évaluer la pertinence de la prise en charge par les différentes structures composant le réseau de soins,

complétés par des critères (guidelines) permettant de prendre la décision quant à la pertinence de la prise en charge ;

- le pouvoir de décision doit incomber aux différents services du réseau de soins ;
- les situations à problème doivent faire l'objet d'une étude car elles sont rares en regard des très nombreuses interventions qui ne posent pas de problèmes. Il est proposé que le département se donne les moyens de centraliser l'ensemble des données afin de les évaluer, et ce n'est que dans un deuxième temps que des solutions pourront être élaborées.

Il est important que les décisions restent en main des différents organismes du réseau de soins.

En ce qui concerne la composition de la commission de coordination, le département nous propose une sorte de secrétariat de département collectif avec des compétences d'interventions opérationnelles, comme s'il s'agissait d'un service de l'Etat. Tout en respectant en apparence la structure autonome des différents services du réseau de soins, le Forum Santé regrette que les expériences passées n'aient pas été prises en compte, car il y a un risque que la communication entre les partenaires soit encore plus difficile. C'est pour cela qu'il est demandé que la commission ait une fonction exclusivement consultative auprès du département. La communication avec la FSASD doit passer exclusivement par le président de la FSASD, comme cela est stipulé dans le contrat de prestations. Il est aussi regrettable que la composition de cette commission soit décidée par simple arrêté du Conseil d'Etat et son mode de fonctionnement par simple règlement, alors que certaines grandes lignes devraient être définies par la loi.

Dans un autre registre, le fait que la communication de données personnelles concernant l'appréciation financière de la situation du bénéficiaire soit autorisée entre le département et des institutions publiques et privée sans le consentement du patient est inacceptable.

Le Forum Santé est opposé à ce que les CMD soient mentionnés comme lieu d'intervention ambulatoire. Ces centres sont essentiellement des lieux d'informations. Cette volonté fait craindre un certain démantèlement du système d'aide et de soins à domicile. En effet, à la place d'aller soigner les gens à domicile on les fait venir dans les centres. Une telle politique s'éloigne de l'esprit de la politique d'aide et de soins à domicile conçue par le législateur suite à l'initiative « soins à domicile » en 1992. Le pivot des soins à domicile doit rester la vingtaine d'antennes qui se trouvent réparties dans les quartiers.

Audition de M. P. Schaller, médecin responsable du Groupe Médical d'Onex, concepteur du projet Cité Génération

Le projet de loi du Conseil d'Etat donne un cadre, il permet des modes de financement, d'organisation, il permet d'être très créatif. Il incombe au politiques de dire quelle organisation sanitaire régionale il convient de créer, de déterminer quels acteurs en font partie et le mode de financement. Il faut aussi un groupe de coordination ou un observatoire comme dans le projet de loi 9921 pour se poser aussi un certain nombre de questions, avoir une vision large. Il faut que le projet de loi offre des possibilités aux régions, aux communes, de créer des plates-formes. Il faut que chaque acteur puisse exister avec un degré d'autonomie qui lui permet de rester dans sa forme d'organisation tout en s'investissant dans un projet collectif.

Le projet Cité Génération et espace santé pourrait être un modèle d'intégration de plusieurs structures d'aide au niveau médical, social et culturel. Ce projet repose sur un concept comprenant des habitations regroupant différentes générations, 15 logements attribués à des jeunes familles, 3 logements communautaires protégés pouvant accueillir 6 personnes chacun, 8 appartements pour personnes indépendantes mais demandant des soins, 3 unités d'accueil temporaire, 1 appartement pour étudiants. Pour répondre aux besoins sociaux et culturels, dans cet ensemble, il y aurait aussi un restaurant de quartier, une salle atelier, un centre wellness, une salle d'animation culturelle, un espace de vie enfantine, un accueil de jour pour personnes dépendantes, un point d'accueil service, cœur du complexe de la cité et appui médical comprenant une permanence de soins ouverte 7x7 jour et nuit, des équipes pluridisciplinaires de soins et d'aide à domicile, des consultations spécialisées, des activités de maintien à l'autonomie, des lits de « court séjour », un centre médical avec radiologie, laboratoire, chirurgie ambulatoire.

Ce projet veut avoir une mixité des générations qui amène les résidents à se rencontrer, à s'apprécier, à s'entraider et à développer des liens. Il sera un réseau de services fort des compétences professionnelles privées et publiques, conçu pour assurer durablement le suivi de trajectoire complexes de soins à la population au niveau régional. Il sera composé de petites unités de vie organisées en ménage collectif sollicitant, malgré la dépendance, les actes de la vie quotidienne « comme à la maison ».

Pour conclure, il est impossible de scinder le social et la santé. Force est de constater qu'avec les CASS on a démantelé quelque chose qui aurait pu fonctionner. De plus, les assistants sociaux de l'hôpital devraient aussi agir dans les quartiers.

Audition de M^{mes} F. Lacombe, présidente, et L. Luisier, secrétaire générale de la section genevoise de l'Association Alzheimer

Actuellement, 5300 personnes vivent avec cette maladie à Genève, dont les deux tiers à domicile ; 44 places de jour sont disponibles dans le cadre des deux foyers de jour, le Relais Dumas et celui de La Rive.

L'association réserve globalement un accueil favorable au projet de loi dans la mesure où elle situe le cadre de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile et reconnaît la nécessité d'une réelle coordination entre les structures publiques et privées, les partenaires professionnels et les proches, les associations et les autorités. Par contre, la future loi ne prend pas en compte les besoins globaux des personnes et mésestime la dimension sociale de l'accompagnement nécessaire au maintien à domicile.

Il est rappelé les besoins en mesure de répit pour les proches. Actuellement, les heures d'accompagnement sont facturées intégralement. Il n'y a pas de reconnaissance de l'engagement et de l'activité des proches. Celle-ci devrait aussi passer par un soutien financier.

Le projet de loi est une loi d'intention et d'orientation. Les règlements d'application qui suivront devraient s'inspirer de la réalité du terrain et devront être discutés avec les associations partenaires.

La commission de coordination chargée notamment de l'information au public est saluée. Car actuellement, il y a une méconnaissance des structures existantes et du réseau. Cela ne permet pas une utilisation performante des ressources à disposition.

La pratique actuelle de la prise en charge trop fractionnée des personnes entre les différents prestataires de soins est relevée. C'est une grande difficulté pour les personnes qui reçoivent de l'aide à domicile car elles ont de la peine à reconnaître les intervenants.

Audition de M^{me} L. Di Pollina, médecin responsable de l'unité de gériatrie communautaire, et du professeur J.-M. Gaspoz, chef du département de médecine communautaire des HUG

Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'ex-Poliger a intégré l'unité de gériatrie communautaire rattachée au département de médecine communautaire et de premier recours des HUG. Sa mission est d'assurer des soins de proximité aux personnes âgées, en subsidiarité par rapport aux médecins traitants et en partenariat avec le réseau formel et informel du canton. Le maintien à

domicile des personnes âgées fragilisées, dépendantes, présentant de multiples problèmes demandant un suivi multidisciplinaire.

Ce service a, d'une part, une mission de contribuer à l'aide aux personnes âgées et, d'autre part, à former les futurs médecins de premier recours, les futurs médecins de famille. Les prises en soins débutent par une évaluation gériatrique standardisée afin de détecter les problèmes de santé, de réduire et d'éviter les hospitalisations à répétition et une entrée prématurée en EMS. D'améliorer la qualité de la vie et de tendre à diminuer (de façon directe et indirecte) les coûts globaux de la santé. Les demandes de prise en charge viennent de 30% des services hospitaliers, 30% des médecins traitants, 30% des CASS et 10% des familles ou des patients eux-mêmes.

Lors de l'audition, les efforts de coordination des différents partenaires sont salués. Le projet de loi 10058 est positif, car il vise à un meilleur encadrement et au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, et la collaboration avec les différents partenaires formels et informels du réseau socio-sanitaire. Dans le futur, le rôle de l'UGC pourrait augmenter, par le nombre de visites à domicile, et, en partenariat avec des médecins de ville, être les médecins praticiens répondants des futurs centres de maintien à domicile. De plus, une équipe mobile pourrait apporter le support médical ambulatoire nécessaire aux structures intermédiaires, telles que les unités d'accueil temporaire, pour des patients admis en lits de répit et présentant des problèmes médicaux ne relevant pas d'une hospitalisation.

Audition de MM. M. Tornare, conseiller administratif de la Ville de Genève, P. Hausheer, adjoint au service social, et M. Graber, responsable de Cité senior

En moyenne, 40% de la population vit seule dont beaucoup d'aînés. La Ville de Genève dépense environ 2 millions de F par an pour combattre l'isolement des aînés et offre plusieurs prestations. Par exemple, les huit unités d'actions communautaires (ci-après UAC). La mise en place des UAC a représenté un investissement important et a aussi récolté un énorme succès. Les UAC sont intégrées dans les CASS. Des projets de collaboration avec la FSASD et l'Hospice général ont vu le jour. En complément de l'action menée dans les quartiers, il convient de donner une nouvelle impulsion pour les aînés qui tiennent compte des différentes générations qui coexistent. Les structures mises en place il y a une trentaine d'années ne correspondent plus à l'attente des aînés. Et, s'il y a des moyens mis à disposition, les personnes âgées ne les connaissent pas. De plus, elles ne désirent pas se retrouver uniquement entre elles. De ce constat est venue l'idée de Cité senior conçue

comme un espace public, c'est un lieu de rencontre où l'on vient à la carte se renseigner. Ce lieu est ouvert également le samedi et le dimanche. Il ne se substitue pas à des prestations offertes par d'autres services, mais cherche plutôt à aider les gens à s'orienter, pour savoir à quelle porte il faut frapper. De plus, la Ville de Genève gère deux EMS et est en phase d'en construire un troisième. Plusieurs immeubles avec encadrement appartiennent à la Ville et trois immeubles sont en projet. En ce qui concerne les maisons de vacances pour les aînés, un accord a pu être trouvé pour maintenir la nouvelle Roseraie (appartenant 50% à la Ville de Genève et 50% à l'Hospice général) et Florimont (qui appartient à 100% à l'Hospice général).

Le projet de loi 10058 est salué par sa volonté de coordination entre les partenaires et particulièrement de mieux coordonner les actions de la part des associations qui s'occupent des aînés et autres catégories de la population. Cela va aussi permettre aux communes de renforcer cette politique et de convaincre celles qui peinent à assurer leurs obligations en matière sociale.

Dans la loi de 2001 instaurant les CASS, il y avait une répartition entre l'action sociale communautaire confiée aux communes et l'aide individuelle confiée à l'Etat au travers de l'Hospice Général. La Ville va continuer sa politique d'action sociale communautaire. Cette politique a du succès et est bien comprise par la population.

Lors de la discussion, il est relevé le sentiment d'exclusion ressenti par les aînés. C'est pour éviter cela que la Ville de Genève a développé tout ces projets. En ce qui concerne la place de l'aspect social qui est peu abordé dans ce projet de loi, il est répondu que la Ville de Genève n'avait ni les ressources, ni l'argent suffisant pour s'occuper de l'aspect sanitaire. A un moment donné, il y avait confusion sur le fait que le premier arrivé dans un CASS avait soit l'aide de la Ville soit de l'Etat. Cela n'existe plus.

Audition de M^{mes} M. Cattani, secrétaire syndicale accompagnée d'un représentant du personnel

Le projet de loi 10058 consacre la séparation du social et de la santé. Il vise une recherche d'efficacité et de qualité des prestations par des mesures de gestion propre à chaque institution. Sous couvert d'économie et de gestion des soins par des systèmes de qualité, la réduction – voire le rationnement – des prestations avance à pas feutrés.

Il vise à permettre aux acteurs existants du réseau de s'organiser, sous le contrôle de l'Etat, afin de collaborer harmonieusement pour orienter l'aide et les soins nécessaires aux personnes dépendantes. Pour le SIT, ce projet de loi a deux défauts majeurs. Il est trop flou sur des sujets importants et trop peu

contraignant pour d'autres. Il renvoie à l'adoption de règlements par la Conseil d'Etat (donc sans passer par le Parlement et avec moins de consultations des organisations syndicales). En deuxième, le projet de loi ne prévoit aucun moyen pour développer le réseau de soins. Toutes ces réformes devront se faire dans le cadre des montants fixés, pour chaque institution, dans les contrats de prestations.

Le projet de loi 10058 propose deux objectifs, La formalisation du réseau de soins, pour toute demande de soins, mais en particulier pour les personnes en âge AVS, et l'organisation de l'aide et des soins à domicile, ce alors que le réseau de soins est plus vaste que l'aide et les soins à domicile.

Les deux sujets sont importants et mériteraient une loi ; une sur le réseau de soins et une autre sur le maintien à domicile et l'institution de la FSASD en une fondation de droit public.

La loi doit indiquer plus clairement les organismes tenus d'appliquer les dispositions prises par les instances du réseau. Cela revient à faire chapeauter par l'Etat divers types d'institutions, y compris certains complètement privés. Sans une base légale claire et contraignante, elles ne seront pas tenues de respecter les consignes du réseau.

Le projet de loi est vague sur la notion d'orientation des « patients » dans le dispositif. A quel moment un citoyen cesse d'être un adulte responsable pour devenir un « patient » susceptible, au vu de ses moyens financiers connus en début de demande, de suivre sans broncher les orientations fournies clé en main par un réseau de soins après une évaluation de santé et de dépendance qui sera commune à tous les professionnels du réseau ? La loi doit le clarifier explicitement pour deux raisons : l'orientation peut entraver la liberté individuelle d'un citoyen, et donner une base légale complète contraignante auprès des professionnels.

Le Conseil d'Etat en charge du département de la santé devrait être assisté par une commission de coordination qui n'est ni consultative ni décisionnelle, avec l'autorité suffisante pour faire appliquer par leur institution les décisions relatives à la mise en œuvre du réseau de soins.

En ce qui concerne l'aide aux proches, lorsqu'on connaît la surcharge des professionnels qui seraient logiquement censés mobiliser le réseau social des usagers, on peut craindre que cet objectif généreux reste lettre morte.

Le pivot de l'organisation des prestations de maintien à domicile, concernant la FSASD doivent être les unités d'aide et de soins à domicile et non les centres de maintien à domicile. Le développement des structures intermédiaires proposées dans la loi est salué de même que le maintien des

prestations des tâches d'économie domestique dans la liste des prestations à fournir aux bénéficiaires du maintien à domicile.

Audition de M. Y. Mugny, Syndicat SSP/VPOD

Le projet de loi 10058 fixe certaines intentions générales mais le véritable contenu de la loi sera déterminé par règlements. Si la loi ne fixe pas précisément la volonté du législateur, la démocratie est vidée de son sens.

Des précisions sont indispensables, par exemple dans le projet de loi il est écrit « mettre la personne au centre », sans que ne soit précisé nulle part que cette personne peut choisir son lieu de vie ; de même, « viser le maintien ou le retour à domicile », sans préciser que la personne doit elle-même le vouloir.

De plus, « orienter » les gens par la transmission de leurs données personnelles, sans indiquer les conditions d'accès au réseau de soins de tous ceux qui refuseraient de transmettre leurs données.

Y aura-t-il un accès au réseau de soins à deux vitesses, selon si les données personnelles sont transmises ou non ?

Le SSP/VPOD estime que le département ne peut en aucun cas définir à lui seul les partenaires du réseau, lesquels constitueront la Commission de coordination. De plus, les partenaires du réseau doivent se mettre d'accord sur les outils utilisés et les indicateurs ce qui implique le renforcement des compétences de la commission de coordination. Enfin afin d'éviter tout abus, il faut fixer des salaires minimaux, établis avec les partenaires sociaux et faisant l'objet d'un arrêté du Conseil d'Etat.

Il est demandé que la loi soit évaluée après trois ans et que la commission de la santé du Grand Conseil décide de l'instance évaluatrice.

Lors de la discussion, il est précisé de la part du département que, si la finalité économique existe, elle l'est au service des personnes qui, par le biais d'une initiative populaire (1992), ont demandé le développement de l'aide à domicile pour pouvoir rester le plus longtemps chez elles. L'Etat régule les choses pour lesquelles de l'argent lui est demandé. Le slogan « la bonne personne au bon endroit au bon moment » n'est pas un slogan économique. Bien au contraire, il signifie que les gens qui ne sont pas au bon endroit souffrent. Ce slogan a pour but que la personne se sente mieux.

Vote d'entrée en matière sur les deux projets de loi 10058 et 9921.

Après discussion, la commission décide de voter sur le principe d'entrée en matière sur le projet de loi 10058, de le traiter et lorsqu'il sera terminé, la commission procédera au vote sur l'entrée en matière du projet de loi 9921.

Pour :	6 (soit 3 S, 2 Ve, 1 UDC)
Contre :	8 (soit 2 PDC, 2 R, 2 L, 1 MCG, 1 UDC)
Abstentions :	–

Ce principe est refusé par 8 voix contre 6.

La commission décide ainsi de traiter séparément les deux projets de loi et de commencer par le projet de loi 10058.

Vote d'entrée en matière sur le projet de loi 10058

La Commission de la santé vote l'entrée en matière sur le projet de loi 10058, lors de sa séance du 18 janvier 2008.

Vote sur l'entrée en matière du PL 10058 :

Pour :	14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 UDC, 2 PDC, 2 R, 2 L, 1 MCG)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'entrée en matière du projet de loi 10058 est adoptée à l'unanimité.

Etude du projet de loi 10058 article par article

Titre et préambule

Pas de remarques

Titre I **Dispositions générales**

Pas de remarques.

Le titre I est accepté à l'unanimité (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG
1 UDC)

Art. 1 **But**

Pas de remarques

L'article 1 est accepté à l'unanimité (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC)

Art 2 **Réseau de soins**

Un commissaire (V), soutenu par un autre commissaire (S), se demande s'il ne serait pas utile de rajouter, à l'alinéa 2, les partenaires du domaine social, vu que les autres types de partenaires sont nommés dans cet alinéa. Il est proposé de rajouter « *du social* » à l'article 2, alinéa 2, en proposant l'amendement suivant :

Art. 2 Réseau de soins

² Il comprend les professionnels de la santé, **du social** et les institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

La commission n'est cependant pas unanime sur cette proposition. M. Unger explique que ce projet de loi porte sur le réseau de soins et le maintien à domicile. L'article 2 décrit le réseau de soins et l'article 3 le maintien à domicile. Il est nécessaire que dans un projet de loi, qui parle à la fois d'un réseau de soins et du maintien à domicile, chaque chose soit à sa place. Il précise que le département s'en est tenu, à l'article 2, au réseau de soins, car l'alinéa 2 de cet article fait référence à la loi sur la santé. Cette loi définit les professionnels et les institutions et non les travailleurs sociaux. En revanche, les remarques faites par les divers intervenants quant au manque, dans ce projet de loi, en ce qui concerne l'aspect social, ont été prises en compte.

Cette notion a été non seulement ajoutée à l'article 3 (voir ci-dessous), mais également à l'article 18. Il rappelle que l'élément social ne fait pas partie du réseau de soins, qui répond aux conditions de la loi sur la santé.

La Commission de la santé se rallie au libellé de l'actuel article 2, sous réserve de l'approbation de l'amendement de M. Unger pour l'article 3. Le président propose donc de voter, dans un premier temps, l'article 3 et de procéder, une fois celui-ci effectué, au vote de l'article 2.

Art. 3 Maintien à domicile

M. Unger propose de rajouter à l'article 3 les termes suivants « médicales et/ou sociales ». Le texte aurait ainsi la teneur suivante :

Art. 3 Maintien à domicile

Par maintien à domicile on entend toutes les prestations **médicales et/ou sociales** d'aide, de soins et d'accompagnement qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance ne nécessitent pas un placement de longue durée ou une hospitalisation.

Vote sur la proposition d'amendement de M. Unger :

Pour :	14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre :	—
Abstentions :	—

L'amendement proposé par M. Unger est adopté à l'unanimité.

L'amendement à l'article 3 étant à présent voté, le Président met au vote l'article 2 dans sa teneur actuelle.

Vote sur l'article 2 dans sa teneur actuelle.

Pour : 14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre : –
Abstentions : –

L'article 2 dans sa teneur actuelle est adopté à l'unanimité.

Art. 4 Rôle de l'Etat et des communes

Suite au débat sur cet article, lors des auditions, le département a proposé un amendement, tenant compte de la proposition de l'ACG. L'amendement du département est le suivant :

Art. 4 Rôle de l'Etat et des communes

² Il les associe à la planification des locaux qu'elles seront chargées de mettre à la disposition de l'aide à domicile moyennant l'octroi de subventions inversement proportionnelles à leur capacité financière.

³ Les communes favorisent le maintien à domicile par toute mesure utile adoptée en concertation avec l'Etat.

⁴ En fonction des besoins, elles développent des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs.

Un commissaire (L) se demande si les termes « inversement proportionnelles » n'introduisent pas un mécanisme qui pourrait ensuite devoir être repris pour d'autres subventions. Il se demande donc si cette formulation n'est pas trop directive. Il serait plus judicieux de remplacer les termes « inversement proportionnelles à » par « tenant compte de ». L'article 4, alinéa 2, aurait ainsi la teneur suivante :

Art. 4 Rôle de l'Etat et des communes

² Il les associe à la planification des locaux qu'elles seront chargées de mettre à la disposition de l'aide à domicile moyennant l'octroi de subventions **tenant compte de** leur capacité financière.

Le président met au vote l'article 4, alinéa 1.

Vote sur l'art. 4, al. 1 dans sa teneur actuelle.

Pour :	14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre :	—
Abstentions :	—

L'article 4, alinéa 1 est adopté dans sa teneur actuelle à l'unanimité.

Le président met au vote l'amendement du commissaire (L) à l'article 4, alinéa 2 (sur la base de l'amendement du DES).

Vote sur la proposition d'amendement :

Pour :	14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre :	—
Abstentions :	—

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Le Président met au vote l'amendement du département à l'article 4, alinéas 3 et 4.

Vote sur la proposition d'amendement du département à l'article 4, alinéas 3 et 4 :

Pour :	14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre :	—
Abstentions :	—

L'amendement proposé par le département est adopté à l'unanimité.

Ainsi, l'article 4 a désormais la teneur suivante :

Art. 4 Rôle de l'Etat et des communes

¹ L'Etat assure la mise en œuvre de la présente loi, en coordination avec les communes.

² Il les associe à la planification des locaux qu'elles seront chargées de mettre à la disposition de l'aide à domicile moyennant l'octroi de subventions tenant compte de leur capacité financière.

³ Les communes favorisent le maintien à domicile par toute mesure utile adoptée en concertation avec l'Etat.

⁴ En fonction des besoins, elles développent des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs.

Titre II Réseau de soins

Pas de remarques

Le titre II est accepté à l'unanimité (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG 1 UDC).

Art. 5 Missions

Le département a décidé d'amender l'article 5, alinéa 1, lettre c, en reformulant la proposition faite par la FEGEMS afin d'uniformiser le style avec le reste du projet de loi. Cet amendement est le suivant :

Art. 5 Missions

¹ Le réseau de soins doit :

- a) garantir l'égalité d'accès aux soins ;
- b) favoriser l'aide aux proches ;
- c) assurer **le développement des compétences des professionnels du réseau par une harmonisation des systèmes de formation continue.**

Un commissaire (S) souligne la reformulation faite par le département suite à la proposition de la FEGEMS n'est pas uniquement formelle. En effet, la FEGEMS propose une harmonisation des pratiques, alors que le département parle d'harmonisation des systèmes de formation continue.

M. Unger explique que les systèmes de formation ne sont pas englobés les uns dans les autres. Ce qui a été fait avec la FEGEMS, c'est de transférer aux hôpitaux la logistique liée à la formation continue (convocations, réservations de salles, etc.). Le département avait négocié avec la FEGEMS pour qu'elle puisse garder des formations particulières pour lesquelles elle a l'expertise. Il y a donc bien harmonisation des systèmes de formation continue et non des pratiques. En effet, les pratiques sont différentes et il n'est donc pas possible de les harmoniser. Chacun peut avoir des spécificités en matière de formation, mais il les met à la disposition des autres.

Le président met au vote l'amendement proposé par le département à l'article 5, alinéa 1.

Vote sur la proposition d'amendement du département à l'article 5, alinéa 1:

Pour :	12 (soit 1 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre :	—
Abstentions :	2 (soit 2 S)

L'amendement proposé par le département est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Le président met au vote l'article 5, alinéa 2, dans sa teneur actuelle.

Vote sur l'article 5, alinéa 2, dans sa teneur actuelle:

Pour :	11 (soit, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre :	—
Abstentions :	3 (soit 3 S)

L'article 5, alinéa 2 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

Le président met au vote l'article 5, alinéa 3 dans sa teneur actuelle.

Vote sur l'article 5, alinéa 3 dans sa teneur actuelle:

Pour : 14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
 Contre : –
 Abstentions : –

L'article 5, alinéa 3 dans sa teneur actuelle est adopté à l'unanimité.

Le Président met au vote l'art. 5 dans son ensemble, soit la version suivante :

Art. 5 Missions

¹ Le réseau de soins doit :

- a) garantir l'égalité d'accès aux soins ;
- b) favoriser l'aide aux proches ;
- c) assurer **le développement des compétences des professionnels du réseau par une harmonisation des systèmes de formation continue.**

² Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit leur lieu d'intervention.

³ Il s'inscrit dans le cadre du plan cantonal d'accès aux soins au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

Vote sur l'article 5 selon la version ci-dessus :

Pour : 12 (soit 1 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
 Contre : –
 Abstentions : 2 (soit 2 S)

L'article 5 est adopté par 12 voix et 2 abstentions, selon la teneur exposée ci-dessus.

Art. 6 Accès aux soins

Un commissaire (S) aimerait savoir comment l'orientation se passe dans la pratique.

M. Unger explique que la FSASD est le pilier de l'orientation, aidée en cela par le médecin traitant.

Le président met au vote l'article 6 dans sa teneur actuelle.

Vote sur l'article 6 dans sa teneur actuelle:

Pour :	14 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 MCG, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'article 6 est adopté dans sa teneur actuelle à l'unanimité.

Art. 7 Orientation

Un commissaire (L) souligne que l'on peut parler non seulement d'orientation, mais aussi de désorientation. Il peut y avoir un conflit entre ce que désire la personne et sa famille ou alors un refus de la personne concernée d'être orientée. Il s'interroge donc sur l'articulation, au sein de cette loi, entre la notion d'orientation et celle du libre choix. Il se demande aussi si, dès le moment où l'on entre dans le dispositif, cela signifie que l'on accepte de suivre ce qui est décidé.

M. Unger explique que l'orientation reste soumise aux règles actuelles, qui sont celles du libre choix. Il est prévu de dire au malade et à sa famille ce qui semble être le meilleur pour lui. Ensuite, un deuxième choix devrait toujours être offert. Il est essentiel que les gens aient un consentement libre et éclairé pour tout acte de diagnostic. Un acte d'orientation est presque un acte de diagnostic.

Un commissaire (Ve) souligne qu'il y a aussi un libre choix de refuser. Par exemple, une personne peut refuser d'aller en EMS, même s'il s'agit de la solution qui serait la meilleure pour elle et préférer rester à domicile avec un certain nombre d'aides. Elle s'interroge sur la limite des possibilités qui s'offrent à domicile en termes de coûts, d'heures et de prestations.

M. Unger indique que le coût est l'un des critères d'orientation, mais pas le seul. Une décision ne peut pas être prise à un jour déterminé. Il faut prendre en compte une situation qui se modifie au fur et à mesure du temps et tenter de trouver la solution la plus adéquate pour la personne à chaque instant. Face à un refus de soins ou d'orientation, ce qui paraît plus qu'étonnant et mauvais pour la personne, la seule chose dont les personnes en charge doivent s'inquiéter est de la capacité de discernement de la personne. Tant qu'elle est capable de discernement et qu'elle choisit une option en étant libre et éclairée, son choix doit être respecté.

Un commissaire (S) relève que la composante médicale intervient dans l'orientation, mais que la composante sociale paraît encore plus importante. Les divers auditionnés ont d'ailleurs insisté sur ce point. A son sens, il y a un problème dans la mesure que l'on est en train de définir les prérogatives du réseau de soins, à l'intérieur duquel les sociaux n'interviennent normalement pas. Il se demande si le réseau de soins ne devrait pas devenir le réseau de maintien à domicile. A son avis, il faut sortir cette prérogative de ce chapitre et la placer ailleurs.

M. Unger relève que le commissaire (S) a tout à fait raison en termes de systématique législative. Il faudrait peut-être sortir l'orientation du chapitre consacré aux soins, pour l'insérer dans le titre IV, maintien à domicile.

Un commissaire (R) indique que le travail se fait toujours avec les assistants sociaux. Ils interviennent donc implicitement dans l'orientation. Il se demande si, à l'article 7, alinéa 2, il ne faudrait pas rajouter les termes « et leur situation sociale ». L'article 7, alinéa 2, aurait ainsi la teneur suivante :

Art. 7 Orientation

² Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, **de leur situation sociale**, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises.

Au final, la commission adopte la proposition du département et l'article 7 actuel devient l'article 13 nouveau.

Art. 7 Aide aux proches

L'article 7 est accepté à l'unanimité (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC)

Art 8 Formation des professionnels du réseau de soins

Le département propose l'amendement suivant :

Art. 8 Formation des professionnels du réseau de soins

La formation continue et permanente des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, vise à l'harmonisation des pratiques et est organisée par un dispositif conjoint entre les partenaires du réseau de soins.

Le président met au vote l'amendement proposé par le département à l'article 8.

Vote sur la proposition d'amendement du département à l'article 8 :

Pour : 13 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC)
Contre : -
Abstentions : -

L'amendement proposé par le département est adopté à l'unanimité.

Titre III Fonctionnement du réseau de soins

Pas de remarques.

Le titre III est accepté à l'unanimité (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC).

Art 9 **Département**

M. Unger indique que ce fonds aurait pour but de financer principalement des études sur le réseau lui-même, évitant ainsi de faire une clé de répartition.

Un commissaire (S) ne comprend pas pourquoi on ne passe pas par une ligne budgétaire. Il estime que la solution proposée n'est pas bonne en matière de bonne gestion et de transparence. Il propose de remplacer l'article 9, alinéa 2, lettre c, par la formulation suivante :

Art. 9 Département

² Il est chargé notamment de :

c) décider du financement des activités liées au réseau de soins ;

Le président met au vote l'amendement du commissaire (S) à l'article 9, alinéa 2, lettre c.

Vote sur la proposition d'amendement à l'article 9, alinéa 2, lettre c :

Pour :	13 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Le président met au vote l'article 9 dans son ensemble.

Vote sur l'article 9 dans son ensemble :

Pour :	13 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'article 9 est adopté à l'unanimité.

Art. 10 Commission de coordination

Pour un commissaire (Ve), le rapport entre la commission de coordination et l'actuelle commission consultative reste flou.

M. Unger indique que ce type de commission de coordination doit faire vivre ce qui se passe dans le réseau et permettre au département de prendre des décisions. Il s'agit d'échanger, d'apporter un certain nombre de propositions et participer ensuite à la mise en œuvre des décisions prises. La lettre d précise que ces règles ne doivent pas être obscures. Il faut que le public puisse les comprendre. Il est également essentiel de pouvoir informer les gens des raisons ayant abouti aux choix qui ont été faits. Enfin, ces règles doivent être accessibles. En ce qui concerne la lettre e, elle résulte d'une revendication émanant de tous, dans chacun des éléments du réseau. La coordination est essentielle, sans quoi la mise en œuvre est impossible. Le groupe d'experts (lettre f) intervient lorsque toutes les propositions faites à quelqu'un sont refusées. Il peut fournir un point de vue externe et aider à trouver une solution qui convienne aux uns et aux autres. Il s'agit d'une forme d'arbitrage.

Le président met au vote l'article 10 dans son ensemble.

Vote sur l'article 10 dans son ensemble :

Pour :	10 (soit 3 S, 1 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 L, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	3 (soit 1 Ve, 2 L).

L'article 10 est adopté par 10 voix et 3 abstentions

Art. 11 Fonctionnement de la commission

Un commissaire (S) estime qu'il y a pléthore de commissions consultatives et de groupes de travail, composés par un nombre important de personnes. Il s'interroge sur une limitation du nombre de commissaires inscrites dans la loi.

M. Unger ne voit pas d'obstacle à ce qu'un nombre maximum de commissaires soit fixé (treize, par exemple). Il souligne qu'il faut admettre que les partenaires sont la médecine privée, la FSASD, les EMS, les hôpitaux

et les structures intermédiaires. De plus, l'ajout de « directions et professionnels » ressort des discussions préliminaires. En effet, il est essentiel de nourrir un certain nombre de réflexions sur la base de l'expérience des professionnels. Il faut cependant aussi que, lorsqu'il y a un blocage, les directions puissent faire un choix. Les membres de cette commission seront rétribués. Etant donné qu'il s'agit ici de soins, et pour répondre aux interrogations d'un commissaire (S), il ne voit pas l'utilité de faire intervenir des représentants du domaine social.

L'amendement suivant est proposé par le département :

Art. 11 Fonctionnement de la commission

³ Elle est composée des partenaires du réseau de soins (directions et professionnels). Sa composition fait l'objet d'un arrêté du Conseil d'Etat.

Le nombre maximum de ses membres est de 13.

Le président met au vote la proposition d'amendement du département à l'article 11, alinéa 3.

Vote sur la proposition d'amendement du département à l'article 11, alinéa 3 :

Pour :	9 (soit 2 S, 1 Ve, 1 PDC, 2 R, 2 L, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	4 (soit 1 S, 1 Ve, 1 PDC, 1 L).

L'amendement proposé par le département est adopté par 9 voix et 4 abstentions.

Le président met au vote l'art. 11 dans son ensemble.

Vote sur l'article 11 dans son ensemble :

Pour :	11 (soit 3 S, 1 Ve, 2 PDC, 2 R, 2 L, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	2 (soit 1 Ve, 1 L).

L'article 11 est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Art 12 Communication

Le département propose l'amendement suivant :

Art. 12 Communication

² **L'autorité compétente en matière d'orientation peut obtenir**, y compris par voie électronique, d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.

Un commissaire (PDC) ne comprend pas pourquoi la mention « avec le consentement du bénéficiaire » ne figure par une nouvelle fois à l'article 12, alinéa 2.

M. Unger indique que l'obtention ou l'échange de données est licite si la personne y a consenti, si un intérêt prépondérant privé ou public le justifie ou si une disposition légale le prévoit. Dans le cas présent, l'obtention ou l'échange de données étant prévus par une disposition légale, ils sont donc autorisés. Certains EMS sont en difficulté financière à cause de personnes non solvables qui y résident et dont la situation financière n'a pas été analysée avant leur entrée. Il faut donc pouvoir obtenir, notamment dans le processus d'orientation, un certain nombre de données qui permettent de proposer des solutions adaptées. A l'heure actuelle, il y a communication de données entre l'Hospice général et d'autres services publics ou privés qui octroient des prestations sociales, si cela est nécessaire à l'accomplissement des tâches prévues par la loi.

Un commissaire (L) ne comprend pas pourquoi on parle encore de nécessité à la fin de l'article 12, alinéa 1, dès l'instant où il y a consentement du bénéficiaire.

M. Unger indique que le juriste du département estime important et obligatoire de faire figurer le terme « nécessaire ». Cette nécessité est surtout due à l'enchevêtrement des normes potentiellement applicables (droit fédéral et cantonal) à caractère spécial ou général en matière de protection des données.

Un commissaire (R) sur la situation des personnes qui sont sous tutelle et dont la famille ou le tuteur ne veulent pas fournir des informations sur leur situation financière.

M. Unger indique que s'il y a un doute fondé, il faut demander une révision de la tutelle. Il précise par ailleurs que l'alinéa 1 autorise l'échange de données entre les partenaires du réseau. L'alinéa 2 autorise, quant à lui, la

transmission de données à l'autorité compétente en matière d'orientation. Cette différence fait qu'il y a deux alinéas.

Le président met au vote l'amendement du département à l'article 12, alinéa 2.

Vote sur la proposition d'amendement du département à l'art. 12, al.2 :

Pour :	10 (soit 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 UDC, 1 L)
Contre :	—
Abstentions :	3 (soit 1 S, 2 L).

L'amendement proposé par le département est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Le président met au vote l'article 12 dans son ensemble.

Vote sur l'article 12 dans son ensemble :

Pour :	10 (soit 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 UDC, 1 L)
Contre :	—
Abstentions :	3 (soit 1 S, 2 L).

L'article 12 est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Titre IV Maintien à domicile

Pas de remarques.

Le titre IV est accepté à l'unanimité (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC).

Chapitre 1 Dispositions générales

Pas de remarques.

Le chapitre 1 est accepté à l'unanimité (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC).

Art. 13 Orientation

Le département propose l'amendement suivant :

Art. 13 Orientation

² Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, **de leur situation sociale**, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises.

Le président met au vote l'amendement du département à l'article 13, alinéa 2.

Vote sur la proposition d'amendement du département à l'article 13, alinéa 2 :

Pour : 13 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 UDC, 3 L)
Contre : –
Abstentions : –

L'amendement proposé par le département est adopté à l'unanimité.

Le président met au vote l'article 13 dans son ensemble.

Vote sur l'article 13 dans son ensemble :

Pour : 13 (soit 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 UDC, 3 L)
Contre : –
Abstentions : –

L'article 13 est adopté à l'unanimité.

Art. 14 Prestations de maintien à domicile

Un commissaire (R) aurait préféré le terme « action » du médecin traitant au lieu de « collaboration » à l'article 14, lettre a. L'article 14, let a aurait ainsi la teneur suivante :

Art. 14 Orientation

Le maintien à domicile des personnes est assuré :

a) par **l'action** du médecin traitant ou d'un médecin désigné par lui, (...).

Le président met au vote la proposition d'amendement à l'article 14, lettre a.

Vote sur la proposition d'amendement à l'article 14, lettre a :

Pour :	11 (soit 1 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 UDC, 3 L)
Contre :	–
Abstentions :	2 (soit 2 S).

L'amendement est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Le président met au vote l'article 14 dans son ensemble.

Vote sur l'article 14 dans son ensemble :

Pour :	11 (soit 1 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 UDC, 3 L)
Contre :	–
Abstentions :	2 (soit 2 S).

L'article 14 est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Art. 15 Bénéficiaires

Le président met au vote l'article 15 dans son ensemble.

Vote sur l'article 15 dans son ensemble :

Pour :	14 (soit 3 L, 3 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1 MCG)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'article 15 est adopté à l'unanimité.

Art. 16 Lieux d'intervention

M. Unger indique que l'association des médecins de Genève a précisé qu'elle souhaite qu'un médecin traitant participe pleinement à la création des CMD et que ceux-ci puissent travailler avec une autonomie relativement grande, afin de devenir le centre du réseau médical de quartier. Les HUG et l'UGC avaient également certaines attentes, différentes de ce que prévoyait la loi. Il est ressorti d'une récente rencontre entre le département et l'AMG, que la modification apportée à l'article 14 reprend les souhaits que cette association avait exprimés. Pour l'AMG, la notion du « médecin désigné par lui » signifie clairement des médecins de l'unité de gériatrie communautaire. Cet élément devra peut-être être indiqué dans le rapport. L'AMG est d'accord avec le département sur le fait de ne pas nommer un service dans une loi. Concernant cet article, les HUG avaient signalé qu'ils aimeraient que les assistants sociaux des hôpitaux puissent être transférés dans les CMD, pour qu'une partie du travail d'interface puisse être réalisée dans la continuité. Cette disposition correspond à celles traitant des assistants sociaux dont il est fait mention dans les articles de préambule du projet de loi. Le département et les syndicats se sont également entretenus. Il est ressorti de la discussion que le transfert des assistants sociaux des hôpitaux aux CMD ne pose aucun problème.

Le président met au vote l'article 16 dans son ensemble.

Vote sur l'article 16 dans son ensemble

Pour : 14 (soit 3 L, 3 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1MCG)
Contre : –
Abstentions : –

L'article 16 est adopté à l'unanimité.

Chapitre II Organisation d'aide et de soins à domicile

Le chapitre II est accepté à l'unanimité (3 L, 3 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1 MCG).

Art. 17 Définition

Le président met au vote l'article 17 dans son ensemble.

Vote sur l'article 17 dans son ensemble

Pour : 14 (soit 3 L, 3 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1 MCG)
Contre : –
Abstentions : –

L'article 17 est adopté à l'unanimité.

Art. 18 Prestations

Un commissaire (Ve) souhaite savoir si les soins d'éducation à la santé et de prévention de maladies et accidents sont aussi assurés sans prescription médicale.

M. Unger répond par l'affirmative.

Un commissaire (Ve) souhaiterait savoir ce que l'on entend par la suppléance parentale à l'article 18, alinéa 1, lettre c.

Il est précisé qu'il s'agit des cas où, par exemple, la mère est malade et les aides interviennent afin d'aider cette dernière à s'occuper de ses enfants, à faire à manger, etc. En général, cette mission est assurée par des aides familiales ou des aides soignantes. Il peut aussi s'agir de mettre en place un système de prise en charge familiale.

Un commissaire (R) se demande comment s'articulent les articles 16 et 18. Il se demande si, dans ces cas, les HUG peuvent être considérés comme des organisations d'aide et de soins à domicile.

M. Unger indique qu'il s'agit de personnes qui seraient transférées des HUG aux CMD.

Un commissaire (L) imagine que l'accompagnement social est assuré par les assistants sociaux. Il voudrait savoir qui prend en charge l'accompagnement administratif.

M. Unger précise les assistants sociaux aident les personnes pour les tâches administratives.

Le président met au vote l'article 18 dans son ensemble.

Vote sur l'article 18 dans son ensemble

Pour :	13 (soit 3 L, 2 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1 MCG)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'article 18 est adopté à l'unanimité.

Chapitre III Structures intermédiaires

Le chapitre III est accepté à l'unanimité (3 L, 3 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1 MCG).

Art. 19 **Définition**

Un commissaire (L) voudrait savoir si l'article 19, alinéa 2, lettre c, comprend aussi le soulagement des familles durant les vacances.

M. Unger répond positivement. Il indique que les unités d'accueil temporaire (ci-après : UAT) UAT seront pour la plupart situées dans les EMS. Certaines se trouveront aussi dans les D2, où les gens sont relativement dépendants. La planification médico-sociale des EMS comprend un certain nombre de lits d'UAT. Elles permettent de faire les gérer les variations en termes d'occupation.

Il y a actuellement 31 lits d'UAT répartis dans les EMS. En général, ces lits sont utilisés pour du répit, par exemple lorsque les proches de la personne dépendante partent en vacances. S'ils sont mal utilisés, c'est pour des raisons financières et non parce que les conditions d'admission sont trop strictes. Il est plus facile d'envoyer la personne âgée à l'hôpital. L'idée est que les UAT futures soient rattachées aux EMS, principalement pour prodiguer les soins plus facilement. Par ailleurs, l'incorporation de lits d'UAT dans les EMS permet au personnel de diversifier son travail.

Un commissaire (L) se demande quel est le statut de ces UAT.

M^{me} Fichter indique que c'est un statut LAMal-soins. Les UAT sont payées comme le forfait EMS. Néanmoins, la LAMal n'intervient pas sur certains points.

Le président met au vote l'article 19 dans son ensemble.

Vote sur l'article 19 dans son ensemble

Pour :	14 (soit 3 L, 3 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1 MCG)
Contre :	—
Abstentions :	—

L'article 19 est adopté à l'unanimité.

Art. 20 Prestations

Un commissaire (Ve) souhaite savoir si un contrat de prestations sera introduit pour les UAT.

M. Unger explique que les UAT feront partie du contrat de prestations des EMS qui en disposent ou du contrat de prestations de la structure qui chapeautera les EMS.

Un commissaire (PDC) souhaiterait des précisions concernant le transport.

M. Unger indique que cet article traite des foyers de jours. Il s'agit donc d'un transport du domicile au foyer de jour.

Le président met au vote l'article 20 dans son ensemble.

Vote sur l'article 20 dans son ensemble

Pour :	14 (soit 3 L, 3 S, 2 Ve, 2 R, 2 PDC, 1 UDC, 1 MCG)
Contre :	—
Abstentions :	—

L'article 20 est adopté à l'unanimité.

Chapitre IV Financement

Le chapitre IV est accepté à l'unanimité (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 2 L, 1 UDC).

Art. 21 Sources de financement

Le Président met au vote l'article 21 dans son ensemble.

Vote sur l'article 21 dans son ensemble :

Pour :	11 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 2 L, 1 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

L'article 21 est adopté à l'unanimité

Art. 22 Utilité publique

Le département propose simplement de reprendre l'amendement proposé par le SIT. L'article 22 reprend en intégralité l'article équivalent se trouvant dans la loi sur l'aide à domicile.

Un commissaire (PDC) aimerait savoir si la notion de domicile est à comprendre comme domicile à Genève. Il se demande s'il ne faudrait pas préciser que le domicile doit être à Genève.

Un commissaire (L) souligne qu'il est indiqué dans le texte que cela doit correspondre aux besoins de la planification sanitaire et sociale. Il ne voit pas la menace de ne rien n'ajouter d'autre.

M^{me} Fichter indique que les institutions d'aide à domicile qui s'installent à Genève doivent avoir une autorisation d'exploiter. De plus, les professionnels doivent avoir une autorisation d'exercer. Elle ne pense pas qu'il y ait de risques majeurs.

Un commissaire (PDC) relève que certaines sociétés se revendent et que dès lors où elles bénéficient de l'autorisation d'exploiter, elles peuvent engager des personnes avec des conditions salariales très différentes par rapport à ce qui a pu être signé. Il donne l'exemple de l'hôpital de la Tour qui s'est vendu deux fois en deux ans.

Le président informe que le message de la loi dit que c'est article est une reprise de la loi sur l'aide et les soins à domicile. Il n'y a donc pas d'éléments nouveaux et la question du domicile n'a visiblement jamais posée de problème jusque-là.

Un commissaire (L) reprend l'exemple de l'hôpital de la Tour. Il se demande si, en admettant que cet hôpital demande en 2007 à l'Etat la possibilité de faire des soins à domicile et qu'en 2008 il y ait un changement de propriétaire, la patente octroyé en 2007 à l'hôpital serait revue ou non.

M^{me} Fichter répond par l'affirmative.

Le président met au vote l'article 22 dans son ensemble.

Vote sur l'article 22 dans son ensemble

Pour : 13 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

L'article 22 est adopté à l'unanimité.

Art. 23 Aides et indemnités financières

Un commissaire (Ve) se demande si cet article signifie qu'en plus des contrats de prestations, il pourrait y avoir des indemnités.

M^{me} Fichter indique que non.

Le président met au vote l'article 23 dans son ensemble.

Vote sur l'article 23 dans son ensemble

Pour : 13 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

L'article 23 est adopté à l'unanimité.

Titre V Dispositions finales et transitoires.

Le titre IV est accepté à l'unanimité (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).

Art. 24 Dispositions d'application

Le président met au vote l'article 24 dans son ensemble.

Vote sur l'article 24 dans son ensemble

Pour : 14 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

L'article 24 est adopté à l'unanimité.

Art. 25 Evaluation

Le président met au vote l'article 25 dans son ensemble.

Vote sur l'article 25 dans son ensemble

Pour : 14 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

L'article 25 est adopté à l'unanimité.

Art. 26 Clause abrogatoire

Le président met au vote l'article 26 dans son ensemble.

Vote sur l'article 26 dans son ensemble

Pour : 14 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

L'article 26 est adopté à l'unanimité.

Art. 27 Entrée en vigueur

Le président met au vote l'article 27 dans son ensemble.

Vote sur l'article 27 dans son ensemble

Pour : 14 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

L'article 27 est adopté à l'unanimité.

Art. 28 Dispositions transitoires

Le président met au vote l'article 28 dans son ensemble.

Vote sur l'article 28 dans son ensemble

Pour : 14 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).

Contre : –

Abstentions : –

L'article 28 est adopté à l'unanimité.

Art. 29 Modifications à d'autres lois

Art. 29, al. 1, prévoyant la modification de l'art. 200A, al. 2 (nouvelle teneur) et de l'art. 200B, al. 2, let. c (abrogée) de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève (B 1 01).

Le président indique que l'article 200B, alinéa 2, lettre c avait la teneur suivante :

Art. 200B Composition et attributions.

¹ Dès le début de la législature, le Grand Conseil nomme une commission des affaires sociales composée de 15 membres.

² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer, touchant notamment :

c) à l'aide à domicile, sous réserve des soins proprement dits;

C'est donc la Commission de la santé qui va traiter les objets liés à cette nouvelle loi.

Le président met au vote l'article 29, alinéa 1.

Vote sur l'article 29, alinéa 1

Pour : 14 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).

Contre : –

Abstentions : –

L'article 29, alinéa 1, est adopté à l'unanimité.

Art. 29, al. 2, prévoyant la modification de l'art 12, al. 1, préambule (nouvelle teneur), let. s (nouvelle) de la loi de procédure fiscale (D 3 17).

Un commissaire (S) relève que dans le réseau de soins et de maintien à domicile, certaines organisations n'ont pas une mission uniquement de maintien à domicile, comme par exemple les HUG ou les EMS. Il se demande si le financement peut aller à ces organisations. Il est répondu par la négative.

Un commissaire (L) a le souvenir que le centime additionnel rapportait 25 millions de F. Si on devait réduire toute l'aide à domicile au seul rapport de ce centime additionnel, cela signifierait que 25 millions seraient à disposition. Le centime additionnel n'est donc plus très significatif.

Un commissaire (S) souhaiterait plus d'explication sur la lettre s. Il se demande si l'autorité compétente est le département.

M^{me} Fichter indique que l'autorité compétente sera le département, mais l'orientation sera certainement déléguée à la FSASD. Elle indique que le titre de l'article 12 est « Exceptions au secret fiscal ». Le but de cet article est de pouvoir avoir les informations nécessaires à la préparation des dossiers.

Le président met au vote l'article 29, alinéa 2.

Vote sur l'article 29, alinéa 2

Pour :	14 (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).
Contre :	—
Abstentions :	—

L'article 29, alinéa 2 est adopté à l'unanimité.

Art. 29, al. 3, prévoyant la l'abrogation du 5^e considérant et l'ajout de l'art. 4, al. 2, de la loi sur l'aide sociale individuelle (J 4 04).

M^{me} Fichter indique que le 5^e considérant concernait la loi sur les centres d'action sociale et de santé. L'amendement proposé par le DES a été repris intégralement. Il faut savoir que l'aide et les soins à domicile et l'action sociale cohabitent dans les locaux mis à disposition par les communes. Cet article a été traité au niveau de l'article 4 de cette loi.

Un commissaire (L) se réfère à l'article 4 de ce projet de loi. Cet article parle de l'octroi de subventions. Dans l'article 12, on parle de mettre à disposition gratuitement. Il ne comprend pas la nuance entre les deux. Il se demande si pour l'aide à domicile il y aura des subventions et pour l'hospice général cela sera gratuit.

M^{me} Fichter indique que normalement la formulation devrait être la même. C'est gratuit aussi pour la FSASD puisque c'est l'Etat qui subventionne les communes. L'Hospice général a repris une formulation qui existait.

Un commissaire (L) constate que l'on revient à la situation antérieure Elle se demande s'il n'y a pas eu un message donné aux communes, entre l'ancienne et la nouvelle loi, qui disait que les différentes entités prendraient en charge dorénavant leur loyer et leurs équipements.

M^{me} Fichter indique que c'est tout à fait exact, mais que cela a été abandonné. Beaucoup de communes ont mis à disposition des locaux qu'ils ont achetés ou construits. Certaines communes sont encore en location. Dans ce cas, l'Etat paye une subvention. L'Etat est entré dans un système de capitalisation. A un moment donné ce subventionnement s'arrêtera.

Un commissaire (L) signale une incompatibilité entre l'article 4 du projet de loi et l'article 4, alinéa 2, de la loi sur l'aide sociale individuelle.

M^{me} Fichter indique que la contradiction n'est pas voulue. La formulation que le DES propose est tirée d'une ancienne loi, qui est moins précise.

Un commissaire (L) propose de modifier l'article 4, alinéa 2, nouveau afin qu'il soit en accord avec l'article 4 du projet de loi (PL 10058). Il faut également changer sa numérotation. Cet article deviendrait donc l'article 4, alinéa 4 (nouveau). Il propose l'amendement suivant :

Art. 4, al. 4 (nouveau)

Les communes mettent à disposition les locaux nécessaires à l'hospice général pour les activités d'aide sociale moyennant l'octroi de subventions tenant compte de leur capacité financière.

Le président met au vote l'amendement proposant la nouvelle numérotation de l'article 4, alinéa 2. Cet article devient donc l'article 4, alinéa 4.

Vote sur l'amendement proposant une nouvelle numérotation de l'article 4, alinéa 2

Pour : 13 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).

Contre : –

Abstentions : –

La proposition d'amendement est acceptée à l'unanimité. L'article 4, alinéa 2 devient donc l'article 4, alinéa 4.

Le président met au vote l'amendement libéral au texte de l'article 4, alinéa 2 (nouvellement art. 4 al. 4).

Vote sur la proposition d'amendement libéral au texte de l'article 4, alinéa 2 (nouvellement art. 4, al. 4).

Pour : 13 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).
Contre : –
Abstentions : –

La proposition d'amendement libéral est acceptée à l'unanimité.

Le président met au vote l'article 29, alinéa 3.

Vote sur l'article 29 dans son ensemble.

Pour : 13 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).
Contre : –
Abstentions : –

L'article 29, alinéa 3 est adopté à l'unanimité.

Le président met au vote l'article 29 dans son ensemble

Vote sur l'article 29 dans son ensemble.

Pour : 13 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).
Contre : –
Abstentions : –

L'article 29 est adopté à l'unanimité.

Le président met au vote le projet de loi 10058 dans son ensemble.

Vote sur le projet de loi 10058 dans son ensemble.

Pour : 13 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC).

Contre : –

Abstentions : –

Le projet de loi 10058 est adopté à l'unanimité.

Après les auditions et de longs débats qui ont permis de se faire une idée précise des attentes et des projets de chacun, les commissaires de la commissions de la santé unanimes ont voté ce projet de loi et vous proposent de faire de même permettent ainsi de continuer le travail remarquable de tous les acteurs de l'aide à domicile.

Annexe 1 : Processus d'accès aux soins pour les personnes âgées

Annexe 2 : Tableau triptyque du projet de loi 10058 et des amendements proposés et votés

Annexe 3 : Tableau comparatif relatif aux articles du projet de loi 10058 adoptés par la commission de la santé

Projet de loi (10058)

sur le réseau de soins et le maintien à domicile (K 1 06)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,
vu la loi sur la santé du 7 avril 2006,
décrète ce qui suit :

Titre I Dispositions générales

Art. 1 But

¹ La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie.

² Elle entend ainsi mettre en place un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile, encourage la participation des familles et des proches et leur apporte le soutien nécessaire.

Art. 2 Réseau de soins

¹ Le réseau de soins regroupe les partenaires, publics et privés, du dispositif sanitaire cantonal, qui poursuivent des objectifs communs en matière de prise en charge appropriée des personnes et de gestion des ressources.

² Il comprend les professionnels de la santé et les institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

Art. 3 Maintien à domicile

Par maintien à domicile on entend toutes les prestations médicales et/ou sociales, d'aide, de soins et d'accompagnement, qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance ne nécessite pas un placement de longue durée ou une hospitalisation.

Art. 4 Rôle de l'Etat et des communes

¹ L'Etat assure la mise en œuvre de la présente loi, en coordination avec les communes.

² Il les associe à la planification des locaux qu'elles seront chargées de mettre à la disposition de l'aide à domicile moyennant l'octroi de subventions tenant compte de leur capacité financière.

³ Les communes favorisent le maintien à domicile par toute mesure utile adoptée en concertation avec l'Etat.

⁴ En fonction des besoins, elles développent des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs.

Titre II Réseau de soins

Art. 5 Missions

¹ Le réseau de soins doit :

- a) garantir l'égalité d'accès aux soins;
- b) favoriser l'aide aux proches;
- c) assurer le développement des compétences des professionnels du réseau par une harmonisation des systèmes de formation continue.

² Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit leur lieu d'intervention.

³ Il s'inscrit dans le cadre du plan cantonal d'accès aux soins au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

Art. 6 Accès aux soins

¹ Le dispositif d'accès aux soins du réseau doit assurer l'équité d'accès aux prestations et l'équité de traitement des bénéficiaires.

² L'accès aux soins comprend :

- a) l'accueil et l'information des personnes et de leurs proches;
- b) l'évaluation des besoins en soins et des degrés de dépendance et l'élaboration d'un plan de soins et/ou d'aide personnalisé;
- c) l'orientation des personnes vers les services les plus appropriés pour répondre à leurs besoins;
- d) le suivi des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance requiert des soins et/ou des aides temporaires ou durables, ambulatoires, domiciliaires ou stationnaires.

³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation de l'accès aux soins, en particulier pour les personnes en âge AVS.

Art. 7 Aide aux proches

Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement et de conseil aux proches, dans le but de favoriser le maintien à domicile.

Art. 8 Formation des professionnels du réseau de soins

La formation continue et permanente des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, vise à l'harmonisation des pratiques et est organisée par un dispositif conjoint entre les partenaires du réseau de soins.

Titre III Fonctionnement du réseau de soins

Art. 9 Département

¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le département en charge de la santé met en œuvre et développe le réseau de soins.

² Il est chargé notamment de :

- a) définir les partenaires et établir le plan stratégique du réseau de soins qu'il soumet pour approbation au Conseil d'Etat;
- b) mettre sur pied un système d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes à l'intérieur du réseau de soins dans le respect des missions des partenaires;
- c) décider du financement des activités liées au réseau de soins;
- d) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;
- e) valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins.

³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.

Art. 10 Commission de coordination

¹ Dans le cadre de ses compétences, le département est assisté par la commission de coordination (ci-après : la commission).

² La commission a pour mission de mobiliser les potentialités et les compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins.

³ Elle est chargée notamment de :

- a) participer à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Etat et du département;
- b) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins et favoriser le développement de projets communs;
- c) proposer au département les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins;
- d) mettre sur pied une information commune au public sur les prestations existantes au sein du réseau de soins;
- e) participer à la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents;
- f) désigner un groupe d'experts saisi par le département en cas de difficultés d'orientation et chargé dans ce cadre de concilier d'éventuels désaccords des bénéficiaires en proposant la solution d'orientation la plus adéquate pour répondre à leurs besoins.

Art. 11 Fonctionnement de la commission

¹ La commission est présidée par le département en charge de la santé.

² Elle se réunit aussi souvent que l'intérêt du réseau de soins l'exige, mais au minimum six fois par an.

³ Elle est composée des partenaires du réseau de soins (directions et professionnels). Sa composition fait l'objet d'un arrêté du Conseil d'Etat. Le nombre maximum de ses membres est de 13.

⁴ Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités de fonctionnement de la commission et du groupe d'experts désigné par celle-ci.

Art. 12 Communication

¹ Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.

² L'autorité compétente en matière d'orientation peut obtenir, y compris par voie électronique, d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.

Titre IV Maintien à domicile

Chapitre I Dispositions générales

Art. 13 Orientation

¹ L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires.

² Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leur situation sociale, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises.

³ Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux.

⁴ Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation.

Art. 14 Prestations de maintien à domicile

Le maintien à domicile des personnes est assuré :

- a) par l'action du médecin traitant ou d'un médecin désigné par lui;
- b) par les prestations des organisations publiques ou privées d'aide et de soins à domicile;
- c) par les prestations des structures intermédiaires, publiques ou privées.

Art. 15 Bénéficiaires

Les prestations favorisant le maintien à domicile s'adressent à des personnes de tout âge dont l'état de santé, physique ou mental, exige des diagnostics, des soins, des contrôles ou des aides temporaires ou durables ainsi qu'à des familles momentanément en difficulté.

Art. 16 Lieux d'intervention

Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :

- a) en priorité au domicile des personnes ainsi qu'au cabinet médical du médecin traitant;
- b) dans les services de soins ambulatoires, publics et privés;
- c) dans les centres de maintien à domicile de la fondation de droit privé des services d'aide et de soins à domicile (FSASD);
- d) dans les structures intermédiaires.

Chapitre II Organisation d'aide et de soins à domicile

Art. 17 Définition

Les organisations d'aide et de soins à domicile sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

Art. 18 Prestations

¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations suivantes :

- a) les mesures diagnostiques et thérapeutiques décidées par le médecin traitant;
- b) les soins effectués sur prescription médicale, d'ordre curatif, palliatif, d'éducation à la santé et de prévention des maladies et accidents;
- c) l'aide, qui inclut les tâches d'économie domestique, la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;
- d) l'accompagnement, notamment social, des bénéficiaires, et un appui administratif.

² Le Conseil d'Etat fixe par règlement la liste des prestations d'aide fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile.

Chapitre III Structures intermédiaires

Art. 19 Définition

¹ Les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

² Elles assurent notamment :

- a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire;
- b) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable;
- c) des mesures de relèvements pour soulager momentanément la famille et les proches qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire.

Art. 20 Prestations

¹ Le type de prestations fournies par les structures intermédiaires dépend de l'état de santé et/ou de dépendance des bénéficiaires.

² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement.

³Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.

Chapitre IV Financement

Art. 21 Sources de financement

Les prestations de maintien à domicile sont financées par :

- a) les bénéficiaires;
- b) les assureurs-maladies;
- c) les indemnités et les aides financières;
- d) les dons et les legs.

Art. 22 Utilité publique

Poursuivent un but d'utilité publique les organisations privées d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires privées qui :

- a) correspondent aux besoins de la planification sanitaire cantonale;
- b) font partie du réseau de soins;
- c) sont autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006;
- d) appliquent les tarifs des prestations de maintien à domicile approuvés par le Conseil d'Etat;
- e) poursuivent une politique salariale conforme aux conventions collectives, ou, à défaut, répondent aux normes appliquées dans le canton aux professions concernées;
- f) consacrent une part prépondérante de leur activité au maintien à domicile.
- g) offrent à leur personnel une formation continue et permanente adéquate.

Art. 23 Aides et indemnités financières

Des indemnités ou des aides financières peuvent être accordées par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux structures intermédiaires poursuivant un but d'utilité publique, aux conditions prévues par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.

Titre V Dispositions finales et transitoires

Art. 24 Dispositions d'application

Le Conseil d'Etat fixe par règlement les dispositions relatives à l'application de la présente loi.

Art. 25 Evaluation

¹ Les effets de la présente loi sont évalués par une instance extérieure et indépendante, cinq ans après son entrée en vigueur.

² Le Conseil d'Etat décide si une évaluation ultérieure est nécessaire.

³ Le Conseil d'Etat remet au Grand Conseil un rapport communiquant les résultats de cette évaluation.

Art. 26 Clause abrogatoire

Les lois suivantes sont abrogées :

- a) la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992;
- b) la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001.

Art. 27 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 28 Dispositions transitoires

Le département en charge de la santé dispose d'un délai de deux ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi pour mettre en œuvre le dispositif d'accès aux soins.

Art. 29 Modifications à d'autres lois

¹ La loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :

Art. 200A, al. 2 (nouvelle teneur)

² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus :

- a) l'activité des établissements publics médicaux, au sens de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980;
- b) la police sanitaire selon les dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006;
- c) le maintien à domicile, au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du <date d'adoption>;
- d) les questions relevant de la protection des consommateurs et de l'écotoxicologie.

Art. 200B, al. 2, lettre c (abrogée)

² La loi de procédure fiscale, du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :

Art. 12, al. 1, préambule (nouvelle teneur), lettre s (nouvelle)

Remplacement de « de la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992 » par « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du ... (à compléter).

- s) au personnel de l'autorité compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du (*à compléter*)

* * *

³ La loi sur l'aide sociale individuelle, du 22 mars 2007 (J 4 04), est modifiée comme suit :

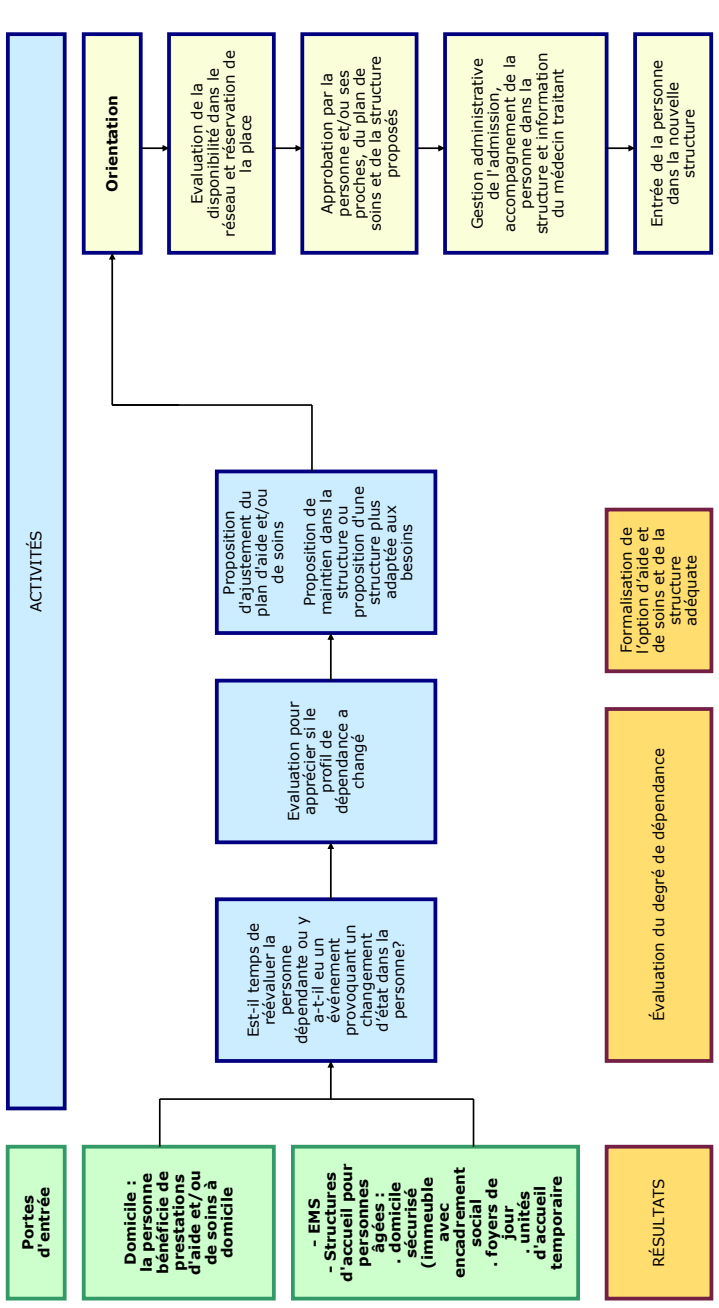
5^e considérant (abrogé)

Art. 4, al. 4 (nouveau)

⁴ Les communes mettent à disposition les locaux nécessaires à l'Hospice général pour les activités d'aide sociale, moyennant l'octroi de subventions tenant compte de leur capacité financière.

Suivi de la personne : processus d'accès aux soins pour les personnes en âge AVS qui sont déjà prises en charge dans réseau

Transferts dans le cadre du réseau
env. 2'600 personnes/année



PROJET DE LOI SUR LE RESEAU DE SOINS ET LE MAINTIEN A DOMICILE (RSM D 10058)
Pour les travaux de la Commission de la Santé du Grand Conseil : séance du vendredi 7 mars 2008

<p align="center">PL RSM D</p> <p>Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi sur la santé du 7 avril 2006, décrète ce qui suit :</p>	<p align="center">Observations et amendements proposés par les audités</p>	<p align="center">Propositions d'amendements du DES (en rouge) Décisions des députés (en vert)</p> <p>Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi sur la santé du 7 avril 2006, décrète ce qui suit :</p>
<p>Titre I</p> <p align="center">Dispositions générales</p>		<p>Titre I</p> <p align="center">Dispositions générales</p>
<p>Art. 1 But</p> <p>¹ La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie.</p> <p>² Elle entend ainsi mettre en place un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile, encourage la participation des familles et des proches et leur apporte le soutien nécessaire.</p>		<p>Art. 1 But</p> <p>¹ La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie.</p> <p>² Elle entend ainsi mettre en place un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile, encourage la participation des familles et des proches et leur apporte le soutien nécessaire.</p>
<p>Art. 2 Réseau de soins</p> <p>¹ Le réseau de soins regroupe les partenaires, publics et privés, du dispositif sanitaire cantonal, qui poursuivent des objectifs communs en matière de prise en charge appropriée des personnes et de gestion des ressources.</p> <p>² Il comprend les professionnels de la santé et les institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>	<p>Observations : AMG : la place du médecin traitant doit être réaffirmée comme étant au centre de la prise en charge.</p>	<p>Art. 2 Réseau de soins</p> <p>¹ Le réseau de soins regroupe les partenaires, publics et privés, du dispositif sanitaire cantonal, qui poursuivent des objectifs communs en matière de prise en charge appropriée des personnes et de gestion des ressources.</p> <p>² Il comprend les professionnels de la santé et les institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>
<p>Art. 3 Maintien à domicile</p> <p>Par maintien à domicile on entend toutes les prestations de soins et d'accompagnement qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance ne nécessite pas un placement de longue durée ou une hospitalisation.</p>	<p>Demande de la grande majorité des audités : définir la nature de l'accompagnement <u>social et administratif</u>.</p>	<p>Art. 3 Maintien à domicile</p> <p>Par maintien à domicile on entend toutes les prestations de soins et d'accompagnement qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance ne nécessite pas un placement de longue durée ou une hospitalisation.</p>

OK

OK

OK

OK

OK

<p>Art. 4 Rôle de l'Etat et des communes</p> <p>1 L'Etat assure la mise en œuvre de la présente loi, en coordination avec les communes.</p> <p>2 Celles-ci développent en particulier des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs, de même qu'elles favorisent le maintien à domicile, notamment par la mise à disposition de locaux.</p>	<p>Titre II Réseau de soins</p> <p>Art. 5 Missions</p> <p>1 Le réseau de soins doit :</p> <p>a) garantir l'égalité d'accès aux soins;</p> <p>b) favoriser l'aide aux proches;</p> <p>c) assurer la mise en place d'un service unique de formation continue et permanente des professionnels de la santé appartenant au réseau.</p> <p>2 Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit leur lieu d'intervention.</p> <p>3 Il s'inscrit dans le cadre du plan cantonal d'accès aux soins au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>	<p>Art. 6 Accès aux soins</p> <p>1 Le dispositif d'accès aux soins du réseau doit assurer l'équité d'accès aux prestations et l'équité de traitement des bénéficiaires.</p> <p>2 L'accès aux soins comprend :</p> <p>a) l'accueil et l'information des personnes et de leurs proches;</p> <p>b) l'évaluation des besoins en soins et des degrés de dépendance et l'élaboration d'un plan de soins et/ou d'aide personnalisée;</p> <p>c) l'orientation des personnes vers les services les plus appropriés pour répondre à leurs besoins;</p> <p>d) le suivi des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance requiert des soins et/ou des aides temporaires ou durables, ambulatoires, domiciliaires ou stationnaires.</p> <p>3 Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation de l'accès aux soins, en particulier pour les personnes en âge AVS.</p>
--	---	--

<p>Amendement ACG</p> <p>1 L'Etat assure la mise en œuvre de la présente loi, en coordination avec les communes.</p> <p>2 Il les associe à la planification des locaux qu'elles seront chargées de mettre à la disposition de l'aide à domicile moyennant l'octroi de subventions inversément proportionnelles à leur capacité financière.</p> <p>3 Les communes favorisent le maintien à domicile par toute mesure utile adoptée en concertation avec l'Etat.</p> <p>4 En fonction des besoins, elles développent des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs.</p>	<p>Amendement Fegems</p> <p>c) assurer la mise à disposition efficiente des compétences professionnelles requises par les différents partenaires, et ce en vue d'une harmonisation des pratiques qui doivent être au sein du réseau et d'une spécialisation des autres.</p>	<p>Observations : Plusieurs audités demandent à participer aux travaux en vue de la définition du règlement d'application. Les organisations syndicales demandent que les articles renvoyant à un règlement d'application soient développés.</p>
--	--	---

<p>Art. 4 Rôle de l'Etat et des communes</p> <p>1 L'Etat assure la mise en œuvre de la présente loi, en coordination avec les communes.</p> <p>2 Il les associe à la planification des locaux qu'elles seront chargées de mettre à la disposition de l'aide à domicile moyennant l'octroi de subventions inversement proportionnelles tenant compte de leur capacité financière.</p> <p>3 Les communes favorisent le maintien à domicile par toute mesure utile adoptée en concertation avec l'Etat.</p> <p>4 En fonction des besoins, elles développent des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs.</p>	<p>Titre II Réseau de soins</p> <p>Art. 5 Missions</p> <p>1 Le réseau de soins doit :</p> <p>a) garantir l'égalité d'accès aux soins;</p> <p>b) favoriser l'aide aux proches;</p> <p>c) assurer le développement des compétences des professionnels du réseau par une harmonisation des systèmes de formation continue.</p> <p>2 Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit leur lieu d'intervention.</p> <p>3 Il s'inscrit dans le cadre du plan cantonal d'accès aux soins au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>	<p>Art. 6 Accès aux soins</p> <p>1 Le dispositif d'accès aux soins du réseau doit assurer l'équité d'accès aux prestations et l'équité de traitement des bénéficiaires.</p> <p>2 L'accès aux soins comprend :</p> <p>a) l'accueil et l'information des personnes et de leurs proches;</p> <p>b) l'évaluation des besoins en soins et des degrés de dépendance et l'élaboration d'un plan de soins et/ou d'aide personnalisée;</p> <p>c) l'orientation des personnes vers les services les plus appropriés pour répondre à leurs besoins;</p> <p>d) le suivi des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance requiert des soins et/ou des aides temporaires ou durables, ambulatoires, domiciliaires ou stationnaires.</p> <p>3 Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation de l'accès aux soins, en particulier pour les personnes en âge AVS.</p>
--	--	--

OK
OK
OK
OK

OK
OK
OK

OK
OK

OK

<p>Art. 7 Orientation</p> <p>¹ L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires.</p> <p>² Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises.</p> <p>³ Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux.</p> <p>⁴ Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation.</p>	<p>Observations :</p> <p>Fedems : des assistants sociaux devraient faire partie de l'équipe de professionnels chargés de l'orientation.</p> <p>Forum santé propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - questionnaire d'évaluation standardisé. - Association Alzheimer : la dimension sociale des besoins des personnes âgées doit être plus clairement précisée dans la loi. <p>Amendement Fedems</p> <p><i>Si l'état de santé des bénéficiaires l'exige, les bénéficiaires sont orientés vers des EPIM ou des cliniques privées, respectivement vers des EMS. Le cas échéant, le réseau de soin œuvrera à une anticipation de cette situation autant que faire se peut.</i></p>	<p>Art. 8 Aide aux proches</p> <p>Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement et de conseil aux proches, dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p>	<p>Art-8 Art. 7 Aide aux proches</p> <p>Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement et de conseil aux proches, dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p> <p>OK</p>
<p>Art. 9 Formation des professionnels du réseau de soins</p> <p>La formation continue et permanente des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, est assurée par un service unique aux partenaires du réseau de soins, dans le but d'harmoniser les pratiques et de garantir la qualité des soins.</p>	<p>Amendement Fedems</p> <p><i>Les formations continues et permanentes des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé et visant à l'harmonisation des pratiques, sont organisées par un dispositif conjoint entre les partenaires du réseau de soins.</i></p>	<p>Art-9 Art. 8 Formation des professionnels du réseau de soins</p> <p>La formation continue et permanente des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, est assurée par un service unique aux partenaires du réseau de soins, dans le but d'harmoniser les pratiques et de garantir la qualité des soins.</p> <p>Le but d'harmoniser les pratiques et de garantir la qualité des soins, vise à l'harmonisation des pratiques et est organisée par un dispositif conjoint entre les partenaires du réseau de soins.</p> <p>OK</p>	<p>Art-9 Art. 8 Formation des professionnels du réseau de soins</p> <p>La formation continue et permanente des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, est assurée par un service unique aux partenaires du réseau de soins, dans le but d'harmoniser les pratiques et de garantir la qualité des soins, vise à l'harmonisation des pratiques et est organisée par un dispositif conjoint entre les partenaires du réseau de soins.</p> <p>OK</p>
<p>Titre III Fonctionnement du réseau de soins</p> <p>Art. 10 Département</p> <p>¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le département en charge de la santé met en œuvre et développe le réseau de soins.</p> <p>² Il est chargé notamment de :</p> <p>a) définir les partenaires et établir le plan stratégique du réseau de soins qu'il soumet pour approbation au Conseil d'Etat;</p> <p>b) mettre sur pied un système d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes à l'intérieur du réseau de soins dans le respect des missions des partenaires;</p>	<p>Titre III Fonctionnement du réseau de soins</p> <p>Art-10 Art. 9 Département</p> <p>¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le département en charge de la santé met en œuvre et développe le réseau de soins.</p> <p>² Il est chargé notamment de :</p> <p>a) définir les partenaires et établir le plan stratégique du réseau de soins qu'il soumet pour approbation au Conseil d'Etat;</p> <p>b) mettre sur pied un système d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes à l'intérieur du réseau de soins dans le respect des missions des partenaires;</p>	<p>Titre III Fonctionnement du réseau de soins</p> <p>Art-10 Art. 9 Département</p> <p>¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le département en charge de la santé met en œuvre et développe le réseau de soins.</p> <p>² Il est chargé notamment de :</p> <p>a) définir les partenaires et établir le plan stratégique du réseau de soins qu'il soumet pour approbation au Conseil d'Etat;</p> <p>b) mettre sur pied un système d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes à l'intérieur du réseau de soins dans le respect des missions des partenaires;</p>	<p>Titre III Fonctionnement du réseau de soins</p> <p>Art-10 Art. 9 Département</p> <p>¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le département en charge de la santé met en œuvre et développe le réseau de soins.</p> <p>² Il est chargé notamment de :</p> <p>a) définir les partenaires et établir le plan stratégique du réseau de soins qu'il soumet pour approbation au Conseil d'Etat;</p> <p>b) mettre sur pied un système d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes à l'intérieur du réseau de soins dans le respect des missions des partenaires;</p> <p>OK</p> <p>OK</p>

<p>c) décider du financement des activités liées au réseau de soins et, le cas échéant, proposer au Conseil d'Etat la constitution d'un fonds;</p> <p>d) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p> <p>e) valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins.</p> <p>3 Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>	<p>c) décider du financement des activités liées au réseau de soins et, le cas échéant, proposer au Conseil d'Etat la constitution d'un fonds;</p> <p>d) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p> <p>e) valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins.</p> <p>3 Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>	<p>c) décider du financement des activités liées au réseau de soins et, le cas échéant, proposer au Conseil d'Etat la constitution d'un fonds;</p> <p>d) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p> <p>e) valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins.</p> <p>3 Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>
<p>OK</p>	<p>Propositions : AMG : demande que la commission soit investie de vrais pouvoirs de décision et composée de professionnels de la santé. Mme Horber-Papazian : cette commission n'est ni une commission consultative, ni réglementaire. C'est un GT que le DES réunit pour traiter d'objets qui requièrent coordination, stratégies et réflexions communes. Forum Santé : demande que la commission ait un statut de commission consultative et que toute communication avec le DES se fasse entre le président et le chef du DES.</p>	<p>OK</p>
<p>OK</p>	<p>Art-11 Commission de coordination ¹ Dans le cadre de ses compétences, le département est assisté par la commission de coordination (ci-après : la commission). ² La commission a pour mission de mobiliser les potentialités et les compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins. ³ Elle est chargée notamment de : a) participer à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Etat et du département; b) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins et favoriser le développement de projets communs, de proposer au département les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins; d) mettre sur pied une information commune au public sur les prestations existantes au sein du réseau de soins;</p>	<p>OK</p>
<p>OK</p>	<p>Amendement Fogems <i>Supprimer la lettre f) au motif que les désaccords devraient se régler à partir de chaque centre d'orientation.</i></p>	<p>OK</p>
<p>OK</p>	<p>Art-12 Art. 11 Fonctionnement de la commission ¹ La commission est présidée par le département en charge de la santé. ² Elle se réunit aussi souvent que l'intérêt du réseau de soins l'exige, mais au minimum six fois par an. ³ Elle est composée des partenaires du réseau de soins. Sa composition fait l'objet d'un arrêté du Conseil d'Etat.</p>	<p>OK</p>
<p>OK</p>	<p>⁴ Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités de fonctionnement de la commission et du groupe d'experts désigné par celle-ci.</p>	<p>OK</p>

<p>Art. 13 Communication</p> <p>1 Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>2 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>	<p>Art. 13 Communication</p> <p>1 Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>2 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>	<p>Art. 13 Communication</p> <p>1 Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>2 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>
<p>Art. 14 Prestations de maintien à domicile</p> <p>Le maintien à domicile des personnes est assuré :</p> <ol style="list-style-type: none"> par la collaboration du médecin traitant; par les prestations des organisations publiques ou privées d'aide et de soins à domicile; par les prestations des structures intermédiaires, publiques ou privées. 	<p>Art. 14 Prestations de maintien à domicile</p> <p>Le maintien à domicile des personnes est assuré :</p> <ol style="list-style-type: none"> par la collaboration du médecin traitant ou du médecin désigné par lui; par les prestations des organisations publiques ou privées d'aide et de soins à domicile; par les prestations des structures intermédiaires, publiques ou privées. 	<p>Art. 14 Prestations de maintien à domicile</p> <p>Le maintien à domicile des personnes est assuré :</p> <ol style="list-style-type: none"> par la collaboration du médecin traitant ou du médecin désigné par lui; par les prestations des organisations publiques ou privées d'aide et de soins à domicile; par les prestations des structures intermédiaires, publiques ou privées.
<p>Art. 7 Art. 13 Orientation</p> <ol style="list-style-type: none"> L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires. Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leur situation sociale, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises. Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux. Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation. 	<p>Art. 7 Art. 13 Orientation</p> <ol style="list-style-type: none"> L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires. Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leur situation sociale, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises. Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux. Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation. 	<p>Art. 7 Art. 13 Orientation</p> <ol style="list-style-type: none"> L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires. Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leur situation sociale, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises. Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux. Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation.
<p>Mme Horber-Papazian : cet article devrait être renforcé pour mettre sur pied un système d'information intégré. Ce système permettra d'agréger les indicateurs saisis au niveau des mandats de prestations de sorte à avoir d'une part, des informations par domaine d'intervention et d'autre part, au niveau du programme et de la stratégie. Idéalement, l'information est accessible à chacun ce qui permet la comparaison des interventions similaires et des possibilités d'apprentissage et d'ajustements en continu. Le système d'information permettra ainsi une évaluation à tous les niveaux, notamment sous la forme de tableaux de bord, et par là une autoévaluation, instantanée synchronique et diachronique. Pour les utilisateurs d'un tel système, un simple accès à Internet est suffisant.</p> <p>Forum Santé : demande la suppression de cet article au motif que c'est sans le consentement du patient.</p>	<p>Mme Horber-Papazian : cet article devrait être renforcé pour mettre sur pied un système d'information intégré. Ce système permettra d'agréger les indicateurs saisis au niveau des mandats de prestations de sorte à avoir d'une part, des informations par domaine d'intervention et d'autre part, au niveau du programme et de la stratégie. Idéalement, l'information est accessible à chacun ce qui permet la comparaison des interventions similaires et des possibilités d'apprentissage et d'ajustements en continu. Le système d'information permettra ainsi une évaluation à tous les niveaux, notamment sous la forme de tableaux de bord, et par là une autoévaluation, instantanée synchronique et diachronique. Pour les utilisateurs d'un tel système, un simple accès à Internet est suffisant.</p> <p>Forum Santé : demande la suppression de cet article au motif que c'est sans le consentement du patient.</p>	<p>Mme Horber-Papazian : cet article devrait être renforcé pour mettre sur pied un système d'information intégré. Ce système permettra d'agréger les indicateurs saisis au niveau des mandats de prestations de sorte à avoir d'une part, des informations par domaine d'intervention et d'autre part, au niveau du programme et de la stratégie. Idéalement, l'information est accessible à chacun ce qui permet la comparaison des interventions similaires et des possibilités d'apprentissage et d'ajustements en continu. Le système d'information permettra ainsi une évaluation à tous les niveaux, notamment sous la forme de tableaux de bord, et par là une autoévaluation, instantanée synchronique et diachronique. Pour les utilisateurs d'un tel système, un simple accès à Internet est suffisant.</p> <p>Forum Santé : demande la suppression de cet article au motif que c'est sans le consentement du patient.</p>
<p>Art. 12 Communication</p> <p>1 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>	<p>Art. 12 Communication</p> <p>1 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>	<p>Art. 12 Communication</p> <p>1 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>
<p>Art. 13 Communication</p> <p>1 Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>2 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>	<p>Art. 13 Communication</p> <p>1 Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>2 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>	<p>Art. 13 Communication</p> <p>1 Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>2 Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

Art. 15 Bénéficiaires
 Les prestations favorisant le maintien à domicile s'adressent à des personnes de tout âge dont l'état de santé, physique ou mental, exige des diagnostics, des soins, des contrôles ou des aides temporaires ou durables ainsi qu'à des familles momentanément en difficulté.

Art. 16 Lieux d'intervention
 Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :
 a) en priorité au domicile des personnes ainsi qu'au cabinet médical du médecin traitant;
 b) dans les services de soins ambulatoires, publics et privés;
 c) dans les centres de maintien à domicile de la fondation de droit privé des services d'aide et de soins à domicile (FSASD);

d) dans les structures intermédiaires.

AMG demande que :
 - le médecin traitant participe pleinement à la création des CMD
 - le CMD puisse fonctionner avec une grande autonomie → centre du réseau médical du quartier.
HUG : proposent que des assistants sociaux des hôpitaux soient transférés dans les CMD, au motif que l'hospitalisation ne constitue qu'un ou plusieurs épisodes dans la vie d'un individu.

Unité de gériatrie communautaire (UGC) du département de médecine communautaire et de premier recours des HUG : les médecins en formation à l'UGC pourraient, en subsidiarité des médecins traitants, se rendre à domicile pour dépister des patients fragiles et dépendants.

Art. 15 Bénéficiaires
 Les prestations favorisant le maintien à domicile s'adressent à des personnes de tout âge dont l'état de santé, physique ou mental, exige des diagnostics, des soins, des contrôles ou des aides temporaires ou durables ainsi qu'à des familles momentanément en difficulté.

Art. 16 Lieux d'intervention
 Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :
 a) en priorité au domicile des personnes ainsi qu'au cabinet médical du médecin traitant;
 b) dans les services de soins ambulatoires, publics et privés;
 c) dans les centres de maintien à domicile de la fondation de droit privé des services d'aide et de soins à domicile (FSASD);

d) dans les structures intermédiaires.

OK

Chapitre II Organisations d'aide et de soins à domicile

Art. 17 Définition
 Les organisations d'aide et de soins à domicile sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

Art. 18 Prestations
 Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations suivantes :
 a) les mesures diagnostiques et thérapeutiques décidées par le médecin traitant;
 b) les soins effectués sur prescription médicale, d'ordre curatif, palliatif, d'éducation à la santé et de prévention des maladies et accidents;
 c) l'aide, qui inclut les tâches d'économie domestique, la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;
 d) l'accompagnement des bénéficiaires, notamment par un appui administratif.

Mme Horber-Papazian : faire mention explicitement de l'accompagnement social (assistants sociaux des HUG pourraient faire ce travail).
 Associations des foyers de jour / Pro Senectute : remarque idem.
FSASD : propose que des professionnels de la FSASD effectuent ces tâches.

Chapitre II Organisations d'aide et de soins à domicile

Art. 17 Définition
 Les organisations d'aide et de soins à domicile sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

Art. 18 Prestations
 Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations suivantes :
 a) les mesures diagnostiques et thérapeutiques décidées par le médecin traitant;
 b) les soins effectués sur prescription médicale, d'ordre curatif, palliatif, d'éducation à la santé et de prévention des maladies et accidents;
 c) l'aide, qui inclut les tâches d'économie domestique, la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;
 d) l'accompagnement des bénéficiaires, notamment par un appui administratif.

OK

OK

<p>² Le Conseil d'Etat fixe par règlement la liste des prestations d'aide fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile.</p> <p>Chapitre III Structures intermédiaires</p> <p>Art. 19 Définition ¹ Les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006. ² Elles assurent notamment : a) un accueil de jourde nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable; c) des mesures de relève pour soulager momentanément la famille et les proches qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire.</p> <p>Art. 20 Prestations ¹ Le type de prestations fournies par les structures intermédiaires dépend de l'état de santé et/ou de dépendance des bénéficiaires. ² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement. ³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p> <p>Chapitre IV Financement</p> <p>Art. 21 Sources de financement Les prestations de maintien à domicile sont financées par : a) les bénéficiaires; b) les assureurs-maladies; c) les indemnités et les aides financières; d) les dons et les legs.</p> <p>Art. 22 Utilité publique Poursuivent un but d'utilité publique les organisations privées d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires privées qui : a) correspondent aux besoins de la planification sanitaire cantonale; b) font partie du réseau de soins; c) sont autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006;</p>	<p>AMG : les médecins traitants ont besoin de structures intermédiaires performantes.</p> <p><u>Unité de gérontologie communautaire (UGC) du département de médecine communautaire et de premier recours des HUG</u> : les médecins de l'UGC pourraient faire des visites dans les structures intermédiaires, en particulier les UAT, pour des patients présentant des problèmes médicaux.</p>	<p>² Le Conseil d'Etat fixe par règlement la liste des prestations d'aide fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile.</p> <p>Chapitre III Structures intermédiaires</p> <p>Art. 19 Définition ¹ Les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006. ² Elles assurent notamment : a) un accueil de jourde nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable; c) des mesures de relève pour soulager momentanément la famille et les proches qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire.</p> <p>Art. 20 Prestations ¹ Le type de prestations fournies par les structures intermédiaires dépend de l'état de santé et/ou de dépendance des bénéficiaires. ² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement. ³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p> <p>Chapitre IV Financement</p> <p>Art. 21 Sources de financement Les prestations de maintien à domicile sont financées par : a) les bénéficiaires; b) les assureurs-maladies; c) les indemnités et les aides financières; d) les dons et les legs.</p> <p>Art. 22 Utilité publique Poursuivent un but d'utilité publique les organisations privées d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires privées qui : a) correspondent aux besoins de la planification sanitaire cantonale; b) font partie du réseau de soins; c) sont autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006;</p>
		<p>OK</p>
		<p>OK</p>

<p>d) appliquent les tarifs des prestations de maintien à domicile approuvés par le Conseil d'Etat;</p> <p>e) poursuivent une politique salariale conforme aux conventions collectives, ou, à défaut, répondent aux normes appliquées dans le canton aux professions concernées;</p> <p>f) consacrent une part prépondérante de leur activité au maintien à domicile.</p> <p>Amendement Fagems Supprimer le terme "prépondérante" au motif qu'une structure devrait pouvoir offrir plusieurs prestations.</p> <p>Amendement du SIT g) offrent à leur personnel une formation continue et permanente adéquate.</p>	<p>d) appliquent les tarifs des prestations de maintien à domicile approuvés par le Conseil d'Etat;</p> <p>e) poursuivent une politique salariale conforme aux conventions collectives, ou, à défaut, répondent aux normes appliquées dans le canton aux professions concernées;</p> <p>f) consacrent une part prépondérante de leur activité au maintien à domicile.</p> <p>g) offrent à leur personnel une formation continue et permanente adéquate.</p>
<p>Art. 23 Aides et indemnités financières Des indemnités ou des aides financières peuvent être accordées par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux structures intermédiaires poursuivant un but d'utilité publique, aux conditions prévues par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.</p>	<p>Art. 23 Aides et indemnités financières Des indemnités ou des aides financières peuvent être accordées par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux structures intermédiaires poursuivant un but d'utilité publique, aux conditions prévues par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.</p>
<p>Titre V Dispositions finales et transitoires</p> <p>Art. 24 Dispositions d'application Le Conseil d'Etat fixe par règlement les dispositions relatives à l'application de la présente loi.</p> <p>Art. 25 Evaluation 1 Les effets de la présente loi sont évalués par une instance extérieure et indépendante, cinq ans après son entrée en vigueur. 2 Le Conseil d'Etat décide si une évaluation ultérieure est nécessaire. 3 Le Conseil d'Etat remet au Grand Conseil un rapport communiquant les résultats de cette évaluation.</p> <p>Art. 26 Clause abrogatoire Les lois suivantes sont abrogées : a) la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992; b) la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001.</p> <p>Art. 27 Entrée en vigueur Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	<p>Titre V Dispositions finales et transitoires</p> <p>Art. 24 Dispositions d'application Le Conseil d'Etat fixe par règlement les dispositions relatives à l'application de la présente loi.</p> <p>Art. 25 Evaluation 1 Les effets de la présente loi sont évalués par une instance extérieure et indépendante, cinq ans après son entrée en vigueur. 2 Le Conseil d'Etat décide si une évaluation ultérieure est nécessaire. 3 Le Conseil d'Etat remet au Grand Conseil un rapport communiquant les résultats de cette évaluation.</p> <p>Art. 26 Clause abrogatoire Les lois suivantes sont abrogées : a) la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992; b) la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001.</p> <p>Art. 27 Entrée en vigueur Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p>

<p>Art. 28 Dispositions transitoires Le département en charge de la santé dispose d'un délai de deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi pour mettre en œuvre le dispositif d'accès aux soins.</p> <p>Art. 29 Modifications à d'autres lois 1 La loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 200A, al. 2 (nouvelle teneur) 2 Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus :</p> <ol style="list-style-type: none"> l'activité des établissements publics médicaux, au sens de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980; la police sanitaire selon les dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006; le maintien à domicile, au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du <date d'adoption>; les questions relevant de la protection des consommateurs et de l'écotoxicologie. <p>Art. 200B, al. 2, lettre c (abrogée) ***</p> <p>2 La loi de procédure fiscale du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 12, al. 1, préambule (nouvelle teneur), lettre s (nouvelle) <i>Remplacé de « de la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992 » par « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du ... (à compléter).</i></p> <ol style="list-style-type: none"> au personnel de l'autorité compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du (à compléter) <p>3 La loi sur l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (J 4 04), est modifiée comme suit :</p> <p>5ème considérant (abrogé)</p>	<p>Amendement DGAS (DSE) : concerne la loi sur l'aide sociale individuelle du 22.3.2007 (J 4 04), art. 4 Collaboration institutionnelle (alinéa 2, nouveau) 2 Les communes mettent à disposition gratuitement les locaux nécessaires à l'Hospice général pour les activités d'aide sociale.</p>	<p>Art. 28 Dispositions transitoires Le département en charge de la santé dispose d'un délai de deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi pour mettre en œuvre le dispositif d'accès aux soins.</p> <p>Art. 29 Modifications à d'autres lois 1 La loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 200A, al. 2 (nouvelle teneur) 2 Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus :</p> <ol style="list-style-type: none"> l'activité des établissements publics médicaux, au sens de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980; la police sanitaire selon les dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006; le maintien à domicile, au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du <date d'adoption>; les questions relevant de la protection des consommateurs et de l'écotoxicologie. <p>Art. 200B, al. 2, lettre c (abrogée) ***</p> <p>2 La loi de procédure fiscale du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 12, al. 1, préambule (nouvelle teneur), lettre s (nouvelle) <i>Remplacé de « de la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992 » par « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du ... (à compléter).</i></p> <ol style="list-style-type: none"> au personnel de l'autorité compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du (à compléter) <p>3 La loi sur l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (J 4 04), est modifiée comme suit :</p> <p>5ème considérant (abrogé)</p> <p>Article 4, alinéa 2, nouveau Les communes mettent à disposition gratuitement les locaux nécessaires à l'Hospice général pour les activités d'aide sociale.</p>
--	--	--

PROJET DE LOI SUR LE RESEAU DE SOINS ET LE MAINTIEN A DOMICILE (RSMD 10058)
Tel que voté par la Commission de la Santé du Grand Conseil le vendredi 7 mars 2008

PL RSMD	Décisions des députés (en rouge)
<p>Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi sur la santé du 7 avril 2006, décrète ce qui suit :</p>	<p>Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi sur la santé du 7 avril 2006, décrète ce qui suit :</p>
<p>Titre I</p> <p>Dispositions générales</p>	<p>Titre I</p> <p>Dispositions générales</p>
<p>Art. 1</p> <p>But</p> <p>¹ La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie.</p> <p>² Elle entend ainsi mettre en place un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile, encourage la participation des familles et des proches et leur apporte le soutien nécessaire.</p>	<p>Art. 1</p> <p>But</p> <p>¹ La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie.</p> <p>² Elle entend ainsi mettre en place un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile, encourage la participation des familles et des proches et leur apporte le soutien nécessaire.</p>
<p>Art. 2</p> <p>Réseau de soins</p> <p>¹ Le réseau de soins regroupe les partenaires, publics et privés, du dispositif sanitaire cantonal, qui poursuivent des objectifs communs en matière de prise en charge appropriée des personnes et de gestion des ressources.</p> <p>² Il comprend les professionnels de la santé et les institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>	<p>Art. 2</p> <p>Réseau de soins</p> <p>¹ Le réseau de soins regroupe les partenaires, publics et privés, du dispositif sanitaire cantonal, qui poursuivent des objectifs communs en matière de prise en charge appropriée des personnes et de gestion des ressources.</p> <p>² Il comprend les professionnels de la santé et les institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>
<p>Art. 3</p> <p>Maintien à domicile</p> <p>Par maintien à domicile on entend toutes les prestations d'aide, de soins et d'accompagnement qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance ne nécessite pas un placement de longue durée ou une hospitalisation.</p>	<p>Art. 3</p> <p>Maintien à domicile</p> <p>Par maintien à domicile on entend toutes les prestations médicales et/ou sociales, d'aide, de soins et d'accompagnement, qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance ne nécessite pas un placement de longue durée ou une hospitalisation.</p>
<p>Art. 4</p> <p>Rôle de l'Etat et des communes</p> <p>¹ L'Etat assure la mise en œuvre de la présente loi, en coordination avec les communes.</p> <p>² Celles-ci développent en particulier des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs, de même qu'elles favorisent le maintien à domicile, notamment par la mise à disposition de locaux.</p>	<p>Art. 4</p> <p>Rôle de l'Etat et des communes</p> <p>¹ L'Etat assure la mise en œuvre de la présente loi, en coordination avec les communes.</p> <p>² Il les associe à la planification des locaux qu'elles seront chargées de mettre à la disposition de l'aide à domicile moyennant l'octroi de subventions tenant compte de leur capacité financière.</p> <p>³ Les communes favorisent le maintien à domicile par toute mesure utile adoptée en concertation avec l'Etat.</p> <p>⁴ En fonction des besoins, elles développent des actions visant à renforcer les réseaux familiaux et associatifs.</p>

Titre II Réseau de soins	Titre II Réseau de soins
<p>Art. 5 Missions</p> <p>1 Le réseau de soins doit :</p> <ol style="list-style-type: none"> garantir l'égalité d'accès aux soins; favoriser l'aide aux proches; assurer la mise en place d'un service unique de formation continue et permanente des professionnels de la santé appartenant au réseau. <p>2 Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit leur lieu d'intervention.</p> <p>3 Il s'inscrit dans le cadre du plan cantonal d'accès aux soins au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>	<p>Art. 5 Missions</p> <p>1 Le réseau de soins doit :</p> <ol style="list-style-type: none"> garantir l'égalité d'accès aux soins; favoriser l'aide aux proches; assurer le développement des compétences des professionnels du réseau par une harmonisation des systèmes de formation continue. <p>2 Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit leur lieu d'intervention.</p> <p>3 Il s'inscrit dans le cadre du plan cantonal d'accès aux soins au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p>
<p>Art. 6 Accès aux soins</p> <p>1 Le dispositif d'accès aux soins du réseau doit assurer l'équité d'accès aux prestations et l'équité de traitement des bénéficiaires.</p> <p>2 L'accès aux soins comprend :</p> <ol style="list-style-type: none"> l'accueil et l'information des personnes et de leurs proches; l'évaluation des besoins en soins et des degrés de dépendance et l'élaboration d'un plan de soins et/ou d'aide personnalisée; l'orientation des personnes vers les services les plus appropriés pour répondre à leurs besoins; le suivi des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance requiert des soins et/ou des aides temporaires ou durables, ambulatoires, domiciliaires ou stationnaires. <p>3 Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation de l'accès aux soins, en particulier pour les personnes en âge AVS.</p>	<p>Art. 6 Accès aux soins</p> <p>1 Le dispositif d'accès aux soins du réseau doit assurer l'équité d'accès aux prestations et l'équité de traitement des bénéficiaires.</p> <p>2 L'accès aux soins comprend :</p> <ol style="list-style-type: none"> l'accueil et l'information des personnes et de leurs proches; l'évaluation des besoins en soins et des degrés de dépendance et l'élaboration d'un plan de soins et/ou d'aide personnalisée; l'orientation des personnes vers les services les plus appropriés pour répondre à leurs besoins; le suivi des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance requiert des soins et/ou des aides temporaires ou durables, ambulatoires, domiciliaires ou stationnaires. <p>3 Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation de l'accès aux soins, en particulier pour les personnes en âge AVS.</p>
<p>Art. 7 Orientation</p> <p>1 L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires.</p> <p>2 Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises.</p> <p>3 Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux.</p> <p>4 Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation.</p>	<p>Art. 7 Orientation</p> <p>1 L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires.</p> <p>2 Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises.</p> <p>3 Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux.</p> <p>4 Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation.</p>
<p>Art. 8 Aide aux proches</p> <p>Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement et de conseil aux proches, dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p>	<p>Art. 8 Aide aux proches</p> <p>Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement et de conseil aux proches, dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p>
<p>Art. 9 Formation des professionnels du réseau de soins</p> <p>La formation continue et permanente des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, est assurée par un service unique aux partenaires du réseau de soins, dans le but d'harmoniser les pratiques et de garantir la qualité des soins.</p>	<p>Art. 9 Art. 7 Aide aux proches</p> <p>Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement et de conseil aux proches, dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p> <p>Art. 9 Art. 8 Formation des professionnels du réseau de soins</p> <p>La formation continue et permanente des professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, visé à l'harmonisation des pratiques et est organisée par un dispositif conjoint entre les partenaires du réseau de soins.</p>

Titre III Fonctionnement du réseau de soins	Titre III Fonctionnement du réseau de soins
<p>Art. 10 Département</p> <p>¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le département en charge de la santé met en œuvre et développe le réseau de soins.</p> <p>² Il est chargé notamment de :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) définir les partenaires et établir le plan stratégique du réseau de soins qu'il soumet pour approbation au Conseil d'Etat; b) mettre sur pied un système d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes à l'intérieur du réseau de soins dans le respect des missions des partenaires; c) décider du financement des activités liées au réseau de soins et, le cas échéant, proposer au Conseil d'Etat la constitution d'un fonds; d) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs; e) valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins. <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p> <p>Art. 11 Commission de coordination</p> <p>¹ Dans le cadre de ses compétences, le département est assisté par la commission de coordination (ci-après : la commission).</p> <p>² La commission a pour mission de mobiliser les potentialités et les compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins.</p> <p>³ Elle est chargée notamment de :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) participer à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Etat et du département; b) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins et favoriser le développement de projets communs; c) proposer au département les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins; d) mettre sur pied une information commune au public sur les prestations existantes au sein du réseau de soins; e) participer à la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents; f) désigner un groupe d'experts saisi par le département en cas de difficultés d'orientation et chargé dans ce cadre de concilier d'éventuels désaccords des bénéficiaires en proposant la solution d'orientation la plus adéquate pour répondre à leurs besoins. <p>Art. 12 Fonctionnement de la commission</p> <p>¹ La commission est présidée par le département en charge de la santé.</p> <p>² Elle se réunit aussi souvent que l'intérêt du réseau de soins l'exige, mais au minimum six fois par an.</p> <p>³ Elle est composée des partenaires du réseau de soins. Sa composition fait l'objet d'un arrêté du Conseil d'Etat.</p> <p>⁴ Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités de fonctionnement de la commission et du groupe d'experts désigné par celle-ci.</p>	<p>Art-10 Art. 9 Département</p> <p>¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le département en charge de la santé met en œuvre et développe le réseau de soins.</p> <p>² Il est chargé notamment de :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) définir les partenaires et établir le plan stratégique du réseau de soins qu'il soumet pour approbation au Conseil d'Etat; b) mettre sur pied un système d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes à l'intérieur du réseau de soins dans le respect des missions des partenaires; c) décider du financement des activités liées au réseau de soins; d) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs; e) valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins. <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p> <p>Art-11 Art. 10 Commission de coordination</p> <p>¹ Dans le cadre de ses compétences, le département est assisté par la commission de coordination (ci-après : la commission).</p> <p>² La commission a pour mission de mobiliser les potentialités et les compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins.</p> <p>³ Elle est chargée notamment de :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) participer à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Etat et du département; b) assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins et favoriser le développement de projets communs; c) proposer au département les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins; d) mettre sur pied une information commune au public sur les prestations existantes au sein du réseau de soins; e) participer à la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents; f) désigner un groupe d'experts saisi par le département en cas de difficultés d'orientation et chargé dans ce cadre de concilier d'éventuels désaccords des bénéficiaires en proposant la solution d'orientation la plus adéquate pour répondre à leurs besoins. <p>Art-12 Art. 11 Fonctionnement de la commission</p> <p>¹ La commission est présidée par le département en charge de la santé.</p> <p>² Elle se réunit aussi souvent que l'intérêt du réseau de soins l'exige, mais au minimum six fois par an.</p> <p>³ Elle est composée des partenaires du réseau de soins (directions et professionnels). Sa composition fait l'objet d'un arrêté du Conseil d'Etat. Le nombre maximum de ses membres est de 13.</p> <p>⁴ Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités de fonctionnement de la commission et du groupe d'experts désigné par celle-ci.</p>

<p>Art. 13 Communication</p> <p>¹ Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>² Le département en charge de la santé peut échanger, y compris par voie électronique, avec d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>	<p>Art-13 Art. 12 Communication</p> <p>¹ Afin de favoriser l'orientation et le suivi adéquats des bénéficiaires dans le cadre du réseau de soins, la communication de données personnelles, y compris par voie électronique, est autorisée, avec le consentement du bénéficiaire, entre les différents partenaires publics et/ou privés lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.</p> <p>² L'autorité compétente en matière d'orientation peut obtenir, y compris par voie électronique, d'autres institutions publiques ou privées les données personnelles nécessaires à l'évaluation des ressources des bénéficiaires et ce de manière à permettre une orientation adéquate.</p>
<p>Titre IV Maintien à domicile</p> <p>Chapitre I Dispositions générales</p>	<p>Titre IV Maintien à domicile</p> <p>Chapitre I Dispositions générales</p>
<p>Art. 14 Prestations de maintien à domicile</p> <p>Le maintien à domicile des personnes est assuré :</p> <ol style="list-style-type: none"> par la collaboration du médecin traitant; par les prestations des organisations publiques ou privées d'aide et de soins à domicile; par les prestations des structures intermédiaires, publiques ou privées. 	<p>Art-7 Art. 13 Orientation</p> <p>¹ L'orientation au sein du réseau de soins vise à favoriser le maintien et/ou le retour à domicile des bénéficiaires.</p> <p>² Le parcours de ceux-ci dépend en particulier de leur état de santé et/ou de dépendance, de leur situation sociale, de leurs demandes, des impératifs cliniques, des disponibilités du réseau et des compétences professionnelles requises.</p> <p>³ Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, les bénéficiaires sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux.</p> <p>⁴ Le Conseil d'Etat détermine par règlement les procédures d'orientation.</p>
<p>Art. 15 Bénéficiaires</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'adressent à des personnes de tout âge dont l'état de santé, physique ou mental, exige des diagnostics, des soins, des contrôles ou des aides temporaires ou durables ainsi qu'à des familles momentanément en difficulté.</p>	<p>Art. 14 Prestations de maintien à domicile</p> <p>Le maintien à domicile des personnes est assuré :</p> <ol style="list-style-type: none"> par l'action du médecin traitant ou d'un médecin désigné par lui; par les prestations des organisations publiques ou privées d'aide et de soins à domicile; par les prestations des structures intermédiaires, publiques ou privées.
<p>Art. 16 Lieux d'intervention</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :</p> <ol style="list-style-type: none"> en priorité au domicile des personnes ainsi qu'au cabinet médical du médecin traitant; dans les services de soins ambulatoires, publics et privés; dans les centres de maintien à domicile de la fondation de droit privé des services d'aide et de soins à domicile (FSASD); dans les structures intermédiaires. 	<p>Art. 15 Bénéficiaires</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'adressent à des personnes de tout âge dont l'état de santé, physique ou mental, exige des diagnostics, des soins, des contrôles ou des aides temporaires ou durables ainsi qu'à des familles momentanément en difficulté.</p>

<p>Chapitre II Organisations d'aide et de soins à domicile</p> <p>Art. 17 Définition Les organisations d'aide et de soins à domicile sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p> <p>Art. 18 Prestations 1 Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations suivantes : a) les mesures diagnostiques et thérapeutiques décidées par le médecin traitant; b) les soins effectués sur prescription médicale, d'ordre curatif, palliatif, d'éducation à la santé et de prévention des maladies et accidents; c) l'aide, qui inclut les tâches d'économie domestique, la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social; d) l'accompagnement des bénéficiaires, notamment par un appui administratif. 2 Le Conseil d'Etat fixe par règlement la liste des prestations d'aide fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile.</p> <p>Chapitre III Structures intermédiaires</p> <p>Art. 19 Définition 1 Les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006. 2 Elles assurent notamment : a) un accueil de jour/ de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable; c) des mesures de relèvement pour soulager momentanément la famille et les proches qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire.</p> <p>Art. 20 Prestations 1 Le type de prestations fournies par les structures intermédiaires dépend de l'état de santé et/ou de dépendance des bénéficiaires. 2 Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement. 3 Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p> <p>Chapitre IV Financement</p> <p>Art. 21 Sources de financement Les prestations de maintien à domicile sont financées par : a) les bénéficiaires; b) les assureurs-maladies; c) les indemnités et les aides financières; d) les dons et les legs.</p>	<p>Chapitre II Organisations d'aide et de soins à domicile</p> <p>Art. 17 Définition Les organisations d'aide et de soins à domicile sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.</p> <p>Art. 18 Prestations 1 Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations suivantes : a) les mesures diagnostiques et thérapeutiques décidées par le médecin traitant; b) les soins effectués sur prescription médicale, d'ordre curatif, palliatif, d'éducation à la santé et de prévention des maladies et accidents; c) l'aide, qui inclut les tâches d'économie domestique, la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social; d) l'accompagnement, notamment social, des bénéficiaires, et un appui administratif. 2 Le Conseil d'Etat fixe par règlement la liste des prestations d'aide fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile.</p> <p>Chapitre III Structures intermédiaires</p> <p>Art. 19 Définition 1 Les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006. 2 Elles assurent notamment : a) un accueil de jour/ de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable; c) des mesures de relèvement pour soulager momentanément la famille et les proches qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire.</p> <p>Art. 20 Prestations 1 Le type de prestations fournies par les structures intermédiaires dépend de l'état de santé et/ou de dépendance des bénéficiaires. 2 Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement. 3 Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p> <p>Chapitre IV Financement</p> <p>Art. 21 Sources de financement Les prestations de maintien à domicile sont financées par : a) les bénéficiaires; b) les assureurs-maladies; c) les indemnités et les aides financières; d) les dons et les legs.</p>
---	---

<p>Art. 22 Utilité publique Poursuit un but d'utilité publique les organisations privées d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires privées qui :</p> <ol style="list-style-type: none"> correspondent aux besoins de la planification sanitaire cantonale; font partie du réseau de soins; sont autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006; appliquent les tarifs des prestations de maintien à domicile approuvés par le Conseil d'Etat; poursuivent une politique salariale conforme aux conventions collectives, ou, à défaut, répondent aux normes appliquées dans le canton aux professions concernées; consacrent une part prépondérante de leur activité au maintien à domicile. <p>Art. 23 Aides et indemnités financières Des indemnités ou des aides financières peuvent être accordées par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux structures intermédiaires poursuivant un but d'utilité publique, aux conditions prévues par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.</p>	<p>Art. 22 Utilité publique Poursuit un but d'utilité publique les organisations privées d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires privées qui :</p> <ol style="list-style-type: none"> correspondent aux besoins de la planification sanitaire cantonale; font partie du réseau de soins; sont autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006; appliquent les tarifs des prestations de maintien à domicile approuvés par le Conseil d'Etat; poursuivent une politique salariale conforme aux conventions collectives, ou, à défaut, répondent aux normes appliquées dans le canton aux professions concernées; consacrent une part prépondérante de leur activité au maintien à domicile. g) offrent à leur personnel une formation continue et permanente adéquate. <p>Art. 23 Aides et indemnités financières Des indemnités ou des aides financières peuvent être accordées par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux structures intermédiaires poursuivant un but d'utilité publique, aux conditions prévues par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.</p>
<p>Titre V Dispositions finales et transitoires</p> <p>Art. 24 Dispositions d'application Le Conseil d'Etat fixe par règlement les dispositions relatives à l'application de la présente loi.</p> <p>Art. 25 Evaluation ¹ Les effets de la présente loi sont évalués par une instance extérieure et indépendante, cinq ans après son entrée en vigueur. ² Le Conseil d'Etat décide si une évaluation ultérieure est nécessaire. ³ Le Conseil d'Etat remet au Grand Conseil un rapport communiquant les résultats de cette évaluation.</p> <p>Art. 26 Clause abrogatoire Les lois suivantes sont abrogées : a) la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992; b) la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001.</p> <p>Art. 27 Entrée en vigueur Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p> <p>Art. 28 Dispositions transitoires Le département en charge de la santé dispose d'un délai de deux ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi pour mettre en œuvre le dispositif d'accès aux soins.</p>	<p>Titre V Dispositions finales et transitoires</p> <p>Art. 24 Dispositions d'application Le Conseil d'Etat fixe par règlement les dispositions relatives à l'application de la présente loi.</p> <p>Art. 25 Evaluation ¹ Les effets de la présente loi sont évalués par une instance extérieure et indépendante, cinq ans après son entrée en vigueur. ² Le Conseil d'Etat décide si une évaluation ultérieure est nécessaire. ³ Le Conseil d'Etat remet au Grand Conseil un rapport communiquant les résultats de cette évaluation.</p> <p>Art. 26 Clause abrogatoire Les lois suivantes sont abrogées : a) la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992; b) la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001.</p> <p>Art. 27 Entrée en vigueur Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p> <p>Art. 28 Dispositions transitoires Le département en charge de la santé dispose d'un délai de deux ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi pour mettre en œuvre le dispositif d'accès aux soins.</p>

<p>Art. 29 Modifications à d'autres lois ¹ La loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 200A, al. 2 (nouvelle teneur) ² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus : a) l'activité des établissements publics médicaux, au sens de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980; b) la police sanitaire selon les dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006; c) le maintien à domicile, au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du <date d'adoption>; d) les questions relevant de la protection des consommateurs et de l'éco-toxicologie.</p> <p>Art. 200B, al. 2, lettre c (abrogée) ***</p> <p>² La loi de procédure fiscale du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 12, al. 1, préambule (nouvelle teneur), lettre s (nouvelle) Remplacement de « de la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992 » par « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du ... (à compléter).</p> <p>s) au personnel de l'autorité compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du (à compléter)</p> <p>***</p> <p>³ La loi sur l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (J 4 04), est modifiée comme suit :</p> <p>5ème considérant (abrogé)</p>	<p>Art. 29 Modifications à d'autres lois ¹ La loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 200A, al. 2 (nouvelle teneur) ² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus : a) l'activité des établissements publics médicaux, au sens de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980; b) la police sanitaire selon les dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006; c) le maintien à domicile, au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du <date d'adoption>; d) les questions relevant de la protection des consommateurs et de l'éco-toxicologie.</p> <p>Art. 200B, al. 2, lettre c (abrogée) ***</p> <p>² La loi de procédure fiscale du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 12, al. 1, préambule (nouvelle teneur), lettre s (nouvelle) Remplacement de « de la loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992 » par « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du ... (à compléter).</p> <p>s) au personnel de l'autorité compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du (à compléter)</p> <p>***</p> <p>³ La loi sur l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (J 4 04), est modifiée comme suit :</p> <p>5ème considérant (abrogé) Article 4, alinéa 4, nouveau Les communes mettent à disposition les locaux nécessaires à l'Hospice général pour les activités d'aide sociale, moyennant l'octroi de subventions tenant compte de leur capacité financière.</p>
--	---