

Date de dépôt: 19 septembre 2001

Messagerie

**Rapport du Conseil d'Etat
au Grand Conseil sur l'évaluation des effets de la loi relative aux
établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées
(J 7 20)**

Mesdames et
Messieurs les députés,

Par ces quelques lignes, le Conseil d'Etat vous présente le rapport évaluant les effets de la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (J 7 20).

1. INTRODUCTION

1.1 Evaluation de la législation relative aux EMS

La loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (ci-après : LEMS) est entrée en vigueur le 1.1.1998. L'augmentation des coûts de la santé, d'une part, et les besoins des personnes âgées en matière de soins, de l'autre, ont été à son origine. Pour garantir la bonne application de la loi, les députés ont prévu, à son article 40, le principe de l'évaluation périodique par une instance extérieure.

Cette mission a été confiée, pour la deuxième fois consécutive, à l'Institut ORES Conseil, représenté par M^{me} Marthe Erismann, analyste de systèmes sociaux et de santé. La continuité dans l'évaluation garantit une vision cohérente des effets de la loi.

Le Conseil d'Etat communique donc au Grand Conseil, sous chiffre 2, le résumé du rapport d'évaluation tel que rédigé par son auteur, portant sur la période allant de septembre 1999 à mai 2001, soit les exercices 1999 et 2000.

2. RÉSUMÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION

A l'origine de la loi actuelle se trouvaient un problème politique lié à l'augmentation des coûts de la santé et un problème social découlant de l'attente et des besoins des personnes âgées de recevoir reconnaissance, soins et services. En d'autres termes, le canton de Genève décidait d'organiser un domaine – l'hébergement des personnes âgées en établissements médico-sociaux (ci-après : EMS) – particulièrement composite. Assimilables à un archipel et non à un réseau, les EMS différaient quant à l'appellation, le statut (public ou privé), la taille (10 à 300 lits), la localisation, l'ancienneté, la mission, le prix de pension ... A la fois lieu de vie, lieu de prise en charge de la dépendance et espace de prévention et de soins, ces institutions n'entretenaient entre elles que peu de relations.

Dans ce domaine si hétérogène, le canton prenait plusieurs mesures : il inscrivait les EMS parmi les sept principes fondamentaux de la planification sanitaire. Il décrétait deux moratoires sur la construction et la mise en exploitation de nouveaux établissements (en 1992 et 1996) et il adoptait une loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Pour rationaliser le monde des EMS, cette législation avait recours à trois moyens : la mise en place d'une organisation générale, l'adoption d'un régime d'autorisation d'exploitation et l'application d'un système de subventionnement qui devait se substituer au statut d'assisté des résidents. Outre ces dispositions légales, deux facteurs devaient provoquer des changements : le respect des directives de la LAMal et l'introduction de la méthode de planification informatique des soins infirmiers requis (ci-après : PLAISIR).

2.1 La première évaluation

Le principe de l'évaluation est inscrit dans la LEMS. Celle-ci prévoit que cette analyse annuelle est confiée à une instance extérieure et que ses résultats sont communiqués, sous forme d'un rapport, au Conseil d'Etat et au Grand Conseil.

Comme la LEMS était entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998, la première évaluation de 1999 devait constater un manque de recul. Le temps avait été trop court pour apprécier les effets de la législation et, par conséquent, l'évaluation était considérée comme point de départ et de référence. La pertinence des outils de mise en œuvre de la réforme était encore à démontrer.

Le premier rapport n'invitait pas seulement à la patience : il proposait 48 recommandations, qui relevaient de la définition, de l'organisation, de l'information ou de l'évaluation. Pour se repérer dans ces mesures à prendre, de nature et d'importance différentes, il avait été suggéré sept priorités, à savoir la nécessité de :

- désigner un centre (renforcer la direction générale de l'action sociale - DGAS) ;
- développer la coordination et la collaboration entre les services de tutelle (DGAS, office cantonal des personnes âgées - OCPA - et service du médecin cantonal - SMC) ;
- poser des objectifs (fixer des lignes d'action) ;
- promouvoir le réseau (encourager les liens transversaux) ;
- créer des services communs (promouvoir la coopération entre les EMS) ;
- parier sur la qualité (adoption de normes et de démarches qualité) ;
- développer l'information (améliorer l'image des EMS).

Ces champs à cultiver de préférence à d'autres restent, pour certains, toujours valables.

Sur les 48 recommandations, 40 ont été réalisées ou sont en cours de réalisation. Un tableau du rapport indique le sort qui a été réservé aux recommandations et le degré d'application de celles-ci.

2.2 La présente évaluation

Le deuxième mandat d'évaluation se situe dans le prolongement du premier. A ce titre, il porte tantôt sur les processus engagés précédemment, tantôt sur des développements récents, comme l'adoption de normes architecturales. Trois éléments nouveaux prennent une place importante : l'ouverture de dossiers majeurs (reprise de la construction des EMS), le positionnement des acteurs et le rôle de la presse. Les caractéristiques générales de l'évaluation peuvent être ainsi formulées :

- elle s'étend sur une période de 20 mois (septembre 1999 à mai 2001) ;
- elle est continue, externe et donne lieu à un rapport au terme de deux ans. Cette périodicité tient mieux compte du temps nécessaire au changement, que celle annuelle prévue par la loi ;
- elle est concomitante et renoue avec des questions qui restent pertinentes, la logique d'exposition et les recommandations de la première évaluation ;

- elle est conçue selon un processus évolutif et peut servir au pilotage politique comme au pilotage administratif.

Le présent rapport reprend la distinction des trois niveaux d'étude déjà adoptée pour la première évaluation. Ce découpage permet de hiérarchiser les questions et d'identifier des moyens d'investigation. Ces trois plans, qui font chacun l'objet d'un chapitre, permettent d'aborder tour à tour :

- l'ensemble du dispositif (cohérence de l'ensemble, organisation générale et administration de tutelle) ;
- l'analyse des procédures (octroi des autorisations, surveillance) ;
- l'impact de la réforme sur les EMS (typologie de la clientèle, effets du subventionnement et de l'application de PLAISIR).

Pour chacun des trois niveaux, le rapport énonce les questions qui ont inspiré la recherche évaluative. Il précise par ailleurs qu'il est allé puiser dans trois gisements d'information : la lecture de documents, les entretiens individuels ou collectifs, et le questionnaire et les entretiens dans les EMS. Au fil des pages, les réponses aux questions seront citées et analysées. Il sera également fait état des visites aux 52 EMS qui ont permis de rencontrer les directeurs, les infirmiers-chefs et les médecins-répondants.

2.3 Le dispositif d'hébergement des personnes âgées (niveau I)

En place depuis 1998, la Commission cantonale des EMS n'a pas connu d'évolution significative. Cette structure, qui réunit les différents acteurs de l'hébergement, est un espace d'information et d'entérinement (les sujets traités sont tous de son domaine de compétence). Elle fait un usage modéré des pouvoirs que lui attribue la LEMS, en particulier en matière de politique d'hébergement. La dynamique interne de la commission est probablement le reflet des avancées ou des blocages observés à différents niveaux du réseau. Potentiellement, la commission demeure une excellente plate-forme où avis et intérêts pourraient réellement s'exprimer et se confronter.

Le règlement d'application de la LEMS est silencieux quant aux modalités de coopération entre les trois directions ou services de tutelle (DGAS, OCPA, SMC). Les représentants de ces trois instances se réunissent une à deux fois par mois dans le groupe de coordination des EMS. Les thèmes abordés et les décisions qui en découlent respectent les compétences déléguées à chaque service et sont traités dans une optique interdisciplinaire. Le rapport cite d'autres séances de travail régulières qui manifestent le désir et la nécessité d'analyser en commun les problèmes.

Le système mis en place est-il cohérent ? Oui, dans la mesure où les trois instances de tutelle ont renforcé leur coordination. Oui, aussi longtemps que la surveillance des EMS ne devient pas un interventionnisme trop poussé. Oui, encore, si les structures adoptées sont compatibles avec les autres secteurs de la prise en charge (domiciliaire et hospitalier) et que les limites d'intervention de chacune d'elles sont respectées. Non, quand on considère que les voies de négociation et le mode de résolution des conflits entre la DGAS et la Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (ci-après : FEGEMS) n'ont pas encore été trouvés.

L'existence de la FEGEMS repose sur l'article 20 de la LEMS : celui-ci subordonne l'octroi de la subvention d'exploitation à l'appartenance à la fédération. Entre la FEGEMS d'une part, et respectivement la DGAS et l'OCPA d'autre part, on assiste à une absence de dialogue. L'une se plaint des délais trop courts pour prendre position, les autres déplorent la stratégie d'opposition systématique de la fédération. La FEGEMS doit encore œuvrer à l'intégration de ses membres, améliorer la représentativité de son comité directeur et trouver un consensus avec les autorités cantonales. Un contrat définissant les modalités de collaboration avec l'Etat lui permettrait de prendre sa place et d'assainir la situation.

2.4 L'analyse des procédures (niveau II)

Assujettis à un régime d'exploitation, les EMS doivent se soumettre à des contrôles prévus par la LEMS et son règlement d'application. Chargée de l'exécution de la loi, la DGAS est l'autorité compétente pour la surveillance des établissements. Dans les faits, ce sont deux services opérationnels qui assurent les contrôles : l'OCPA pour les contrôles administratifs et financiers, et le SMC pour la surveillance sanitaire et les soins infirmiers et médicaux.

Tant la DGAS que l'OCPA ou le SMC ont eu le souci de mieux formaliser et mettre en œuvre les différentes modalités de la surveillance. La DGAS a élaboré une procédure de traitement des plaintes et une procédure à suivre en cas de fermeture d'un établissement.

L'OCPA, de son côté, a continué à jouer son rôle à partir du document de référence « Procédures de contrôle ». Selon une directive récente, il a changé sa manière de faire. Il utilise dorénavant deux questionnaires, l'un annuel, l'autre triennal. Ce dernier vise une connaissance plus approfondie de la gestion des établissements concernés. Il est évidemment trop tôt pour savoir

si ces deux documents sont des instruments adéquats pour favoriser la rigueur, la comparaison et la maîtrise administratives et financières.

Les contrôles du SMC sont aussi dans une phase de changement de méthode de travail. Ce service a élaboré, en 2000, une nouvelle base pour ses actions de surveillance. Depuis le mois de janvier 2001, il utilise un nouveau recueil de données. Dorénavant, la visite d'un EMS dure un jour et demi et associe les cadres, le personnel et les résidents. L'intervention du SMC débouche sur un constat et, pour chaque problème identifié, une remédiation est envisagée sous forme d'objectifs à atteindre. Il serait prématuré, ici aussi, de dresser un bilan de la nouvelle pratique, qui paraît prometteuse et qui a été bien accueillie par tous les acteurs. Une question, cependant, se pose déjà : le SMC aura-t-il les ressources humaines nécessaires pour cet acte de surveillance, qui se veut approfondi et participatif ?

Le rapport consacre une section à l'application de l'outil PLAISIR. Cette méthode de mesure des soins requis, qui a été adoptée par les cantons romands, s'avère être à usages multiples. Elle permet en effet de déterminer, entre autres :

- les temps de soins requis par chaque résident ;
- l'attribution à une catégorie (de 1 à 8) de chaque personne ;
- la dotation en personnel soignant de chaque EMS ;
- le calcul des subventions cantonales d'exploitation ;
- la contribution des assureurs-maladie aux coûts des soins ;
- les stratégies cantonales et intercantionales.

La méthode PLAISIR n'a pas encore livré les résultats de toutes ses applications. Cet instrument, riche en informations, n'a toutefois pas que des avantages, et les directeurs mentionnent sa lourdeur et la surcharge administrative qu'il occasionne. Par ailleurs, les infirmières évaluatrices se trouvent prises dans un faisceau d'intérêts contradictoires (entre la mesure objective des besoins en soins d'un résident et la connaissance des conséquences économiques de cette objectivité sur les ressources de l'établissement). L'impartialité de PLAISIR dans l'allocation des ressources aux EMS a un coût qui comprend la formation initiale et la mise à niveau des infirmières évaluatrices, le coût de l'évaluation et de son traitement, le matériel et le soutien aux équipes. En 1998, le coût par lit et par jour était de Fr. 0,50, en raison du nombre important de personnes à former. En 2000, ce coût a diminué de moitié pour se situer à Fr. 0,25, par jour et par lit.

Toujours dans le chapitre de l'analyse des procédures, le rapport signale que la procédure de traitement des plaintes, établie par la DGAS, a été suivie d'une analyse. Depuis trois ans, le nombre de plaintes est en diminution, passant de 43 en 1997 à 13 en 2000. La faible quantité n'empêche pas que certaines d'entre elles revêtent un caractère grave, nécessitant de nombreuses visites du SMC dès la phase d'instruction et jusqu'à la remédiation et l'apaisement.

2.5 L'impact de la réforme (niveau III)

Selon les institutions, les exigences de la LEMS sont vécues comme des contraintes supplémentaires ou comme des mesures qui apportent une équité. D'après les directeurs consultés, l'impact de la loi est surtout positif pour les résidents, leur famille et les collaborateurs. En revanche, les comités de fondation semblent avoir été dessaisis de leur pouvoir de décision (sur les budgets, sur les salaires des directeurs, sur la dotation en personnel).

2.5.1 *La perception des contrôles*

Le principe des contrôles n'est pas remis en cause (en effet, pour les deux tiers des directeurs d'EMS ils sont perçus comme une garantie de bonne gestion et une façon d'améliorer les activités). En revanche, la manière de les réaliser fait l'objet de critiques de la part des directeurs. Ils perçoivent l'attitude des personnes qui effectuent le contrôle comme plus que rigoureuse, pointilleuse et parfois vexatoire. A leur décharge, les collaborateurs de l'OCPA invoquent les délais auxquels cet office est soumis et l'obligation qui est la leur d'exiger de la rigueur, si l'on veut que les comparaisons entre EMS aient un sens. Du détail à l'élément qui porte à conséquence dans la gestion de l'EMS, une plage de concertation est à définir et à respecter, sans modifier la finalité des contrôles.

Les visites des infirmières de santé publique du SMC sont bien perçues par les directeurs d'établissement. Ces derniers soulignent l'intérêt de la nouvelle démarche, la qualité des conseils reçus et la relation de partenariat et de soutien avec les collaborateurs. Seuls les EMS qui ont dû gérer les conséquences d'une plainte avec le SMC sont critiques.

2.5.2 *La typologie de la clientèle*

Le domaine de l'hébergement des personnes âgées dépendantes est pris dans un réseau de contraintes : la longévité s'accroît de manière significative, le nombre de personnes très âgées augmente, l'entrée très tardive dans les EMS intervient après un séjour prolongé à domicile, alors que leur niveau de dépendance est déjà très élevé.

Les caractéristiques générales des résidents en EMS (1999/2000)¹ sont les suivantes :

a) âge :

- L'âge moyen de l'inscription en EMS est de 82 ans.
- L'âge moyen à l'admission est de 85 ans.
- L'âge moyen des résidents est de 86 ans.
- Les 3 % des résidents ont moins de 65 ans (88 personnes).

b) proportions :

- Le nombre de femmes est de 81 % et celui des hommes est de 19 %.
- Les classes d'âge les plus représentées sont celles de 85-89 ans (911 personnes, soit 28 %) et de 90 à 94 ans (810 personnes soit 25 %). En tout, les 63 % ont plus de 85 ans.
- Les 26 % des résidents sont décédés (859) en 1999.
- Les 91 % des sorties (945 personnes) sont des décès en 1999, contre 78 % en 1994.

c) niveaux de dépendance :

- Le nombre de résidents peu dépendants a diminué : passant de 15 % en 1992 à 5 % en 1999.
- Les résidents lourdement handicapés sont plus nombreux : 41 % en 1992, et 59 % en 1999.
- Plus de 40 % des résidents sont répartis dans les catégories PLAISIR 6 (de 2h15 à 3h25 de soins requis par jour) pour 938 personnes (31 %) et 7 (de 3h25 à 5h29 de soins requis par jour) pour 366 personnes (12 %).

d) évolution du réseau :

¹ Sources : rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la mise en exploitation de nouveaux EMS destinés aux personnes âgées. Genève, avril 2001. Statistique administrative du réseau socio-gérontologique genevois. Rapport de synthèse relatif aux données de l'année 1999.

- La durée moyenne de séjour est proche de 3 ans et deux mois en 1999.
- Le taux d’occupation des EMS est de 97 % en 1999.
- Le nombre de places vacantes est passé de 85 en moyenne en 1992 à 32 en 2000.

Sur l’échelle des catégories PLAISIR, les 43 % des résidents (1.304 personnes) sont classés dans les catégories 6 et 7, ce qui correspond à des temps de soins requis allant de 2 heures 15 à 5 heures 30 par jour, donc à un état de dépendance relativement lourd.

Les entretiens avec les directions des EMS confirment que l’âge d’entrée moyen s’est élevé, la durée moyenne de séjour s’est raccourcie et le diagnostic d’entrée tend à être plus lourd ou résulte d’une polyopathie, du fait de troubles physiques et, surtout, de troubles relevant de la psychogériatrie ou de la psychiatrie de l’âge avancé. Ces derniers éléments se situent aujourd’hui, seuls ou conjugués, à l’origine de la plupart des entrées en EMS. Tant qu’elles n’ont que des troubles physiques, les personnes âgées restent à domicile, avec ou sans l’aide des professionnels des Centres d’action sociale et de santé (CASS).

L’évolution de la clientèle a des répercussions sur les soins, de plus en plus diversifiés et complexes. Elle agit aussi sur les exigences de formation des professionnels et sur les structures qui sont appelées à se conformer aux nouvelles normes architecturales. Plusieurs de ces indicateurs (âge à l’entrée, moyenne d’âge, niveau de dépendance) sont plus élevés à Genève que dans les autres cantons romands.

2.5.3 *Les prestations et leur qualité*

Le rapport consacre une section à défendre l’idée de la qualité. Dans ce plaidoyer, il commence à préciser qu’il existe cinq processus-clés qui déterminent le fonctionnement d’un organisme. Ils concernent respectivement : la direction, la gestion des ressources, les relations avec la clientèle, la réalisation des prestations et le soutien logistique. Ce texte montre qu’il existe actuellement quatre sources de normes et de critères qualité, spécifiques aux EMS. Les exigences de la norme ISO 9001 - 2000 (Organisation internationale de normalisation) sont applicables à toutes les organisations. Dès lors, si un EMS élabore un système de management de la qualité (par exemple à l’aide du référentiel SPEQ EMS – système pour la promotion et l’évaluation de la qualité dans les EMS – ou de la norme ISO 9001 - 2000), il a la certitude de pouvoir répondre à l’ensemble des exigences des services de

tutelle. Un EMS sur cinq a entrepris une démarche qualité systématique. Cette faible proportion a pour conséquence que de nombreuses directions d'EMS (la plupart d'entre elles) se contentent d'une appréciation globale informelle de la qualité des prestations et ne suivent pas régulièrement des indicateurs de satisfaction tant au niveau des résidents que des collaborateurs. Le rapport préconise d'attribuer une subvention extraordinaire unique aux EMS qui introduisent une démarche qualité systématique. A raison de 20 000 F par établissement, le coût global avoisinerait un million.

2.5.4 *La dotation en personnel*

L'automne 2000 a été chaud pour les partenaires sociaux. Au centre de la controverse, la dotation en personnel a provoqué des manifestations dans la rue et une pétition déposée au Grand Conseil. Lors du vote du budget, le Parlement n'a accordé que 59 postes sur les 100 ou 400 demandés selon la version choisie, destinés exclusivement au personnel soignant, faisant passer l'effectif des EMS de 2.997 postes en 2000 à 3.056, en 2001. Le calcul de la dotation en personnel reste une pierre d'achoppement. Pour les soignants, la méthode PLAISIR sert d'instrument d'analyse des besoins. Elle permet de déterminer, pour chaque établissement, le nombre de postes à plein temps nécessaires, par catégorie, pour assumer les soins requis. Or, le Grand Conseil peut décider que pour l'ensemble des EMS, le taux de couverture des soins sera couvert seulement à 82,45 %, en 2001, et pas à 100 %. Dans ce type de situation, la transparence exige de déterminer quel est le seuil en deçà duquel la qualité des soins (et la sécurité des résidents) ne serait plus assurée et surtout qui définit la qualité.

2.5.5 *Le nouveau système de subventionnement*

Les charges financières des établissements reconnus d'utilité publique sont couvertes par quatre sources principales, qui représentaient 355 millions, en 2000, soit :

- les ressources personnelles des résidents : 85 millions (25 %) ;
- les prestations de l'OCPA aux résidents : 128 millions (36 %) ;
- la participation des assureurs-maladie : 83 millions (23 %) ;
- les subventions cantonales aux EMS : 54 millions (15 %) ;
- les 5 millions restants (1 %) sont issus de recettes diverses (cafétéria, parking, etc.).

La réforme des EMS n'a pas entraîné, en trois ans, de bouleversement dans l'importance relative des différentes sources de financement. De 1998 à 2000, les subventions cantonales aux EMS sont passées de 48 à 54 millions. La participation des assureurs-maladie a évolué de 76,4 millions, en 1998, à 83 millions, en 2000 (alors qu'elle n'était que de 18 millions en 1995). Les prestations d'aide et d'assistance étaient de 150 millions, en 1995, dont 55 millions pour l'assistance. Ces derniers, par un transfert de charge, lors de la suppression de l'assistance publique, en 1998, ont permis de financer les 48 millions des subventions cantonales aux EMS. Le tableau suivant démontre l'évolution des sources de financement en 1995, puis de 1998 à 2000.

Sources du financement	1995	1998	1999	2000
Ressources personnelles des résidents	85	79,2	85	85
Prestations de l'OCPA aux résidents (1995, prestations d'aide et d'assistance)	150*	126,4	121	128
Participation des assureurs-maladie	18	76,4	78	83
Subventions cantonales aux EMS	--	48	52	54
Recettes diverses	--	--	8	5
Total	253	330	344	355

* Sur 150 millions de prestations d'aide et d'assistance, 55 millions ont été versés au titre de l'assistance publique en 1995.

Sources : – *Rapport de gestion du Conseil d'Etat 1997; Rapport de gestion du Conseil d'Etat*

1998; Rapport de gestion du Conseil d'Etat 1999; Rapport du Conseil au

...Grand Conseil pour l'exploitation de nouveaux EMS, 2001.

– Entretiens de vérification avec l'OCPA, le 30 avril et le 8 mai 2001.

Les apports du canton en 2000 (subventions cantonales aux EMS et prestations de l'OCPA aux résidents), soit 182 millions, et les contributions des résidents (ressources personnelles et participation des assureurs-maladie), soit 168 millions, forment deux blocs d'importance comparable.

Le rapport présente des tableaux qui permettent d'apprécier la base de calcul de la subvention d'exploitation et celle de la participation des

assureurs-maladie (une somme forfaitaire pour les catégories CICPA B et C jusqu'en 1997, puis selon les 8 catégories PLAISIR, depuis 1998, de Fr. 8.- à Fr. 148.- pour la subvention cantonale, et de Fr. 10.- à 155.- pour la participation des assureurs-maladie en 2001). Adopté le 1^{er} janvier 2000, le nouveau mode de calcul des subventions d'exploitation est simple. Automatique, reposant sur une seule donnée changeante (la charge en soins requis individuellement par les résidents), il ne tient pas compte, par exemple, de la taille de l'EMS et exclut une approche qualitative. Ce système d'allocation de ressources économiques amène de grandes variations de recettes pour les EMS.

L'évolution des prix de pension (fixés annuellement par l'OCPA) est également présentée de 1997 à 2001. A propos de celle-ci, on peut constater que l'écart entre les prix les plus élevés et les plus bas a été réduit de moitié (passant de Fr. 181.- à Fr. 92.- en 4 ans). Ce mouvement de diminution des écarts est appelé à se poursuivre. En 2001, le prix de pension le plus élevé est de Fr. 231.- et le moins important est de Fr. 139.-

2.6 Les questions particulières

Dans ce chapitre, le rapport fait état de domaines et d'initiatives qui ont justifié des études particulières.

2.6.1 Le contrat-type d'accueil et le mandat tacite

Le contrat-type d'accueil fixe, par écrit, les obligations que l'établissement et le résident doivent respectivement remplir. Les directeurs considèrent cet accord comme plus utile aux familles qu'aux résidents. Par ailleurs, ils déplorent les charges administratives que représente sa mise à jour annuelle. Les directeurs regrettent le côté rigide de ce document qui exclut une « personnalisation » en fonction des spécificités des établissements. Le « mandat tacite » désigne une démarche consistant à apporter un appui administratif (plus ou moins étendu) à une personne âgée qui n'est plus en état de gérer ses affaires personnelles. En dépit de réflexions approfondies, cette question reste ouverte.

2.6.2 L'alimentation et l'animation

L'animation étant un facteur d'intégration et de qualité de vie, le service hôtelier concourant à la santé et au bien-être du résident, ces deux domaines ont fait l'objet d'une analyse particulière.

Un groupe de travail sur l'alimentation des personnes âgées a été institué à la suite de diverses doléances et d'un rapport du service du médecin cantonal. La présidence de cette étude a été confiée au responsable du secteur nutrition de l'Hôpital universitaire de Genève. La première partie de cette analyse (réalisée par la division d'audit de l'Ecole hôtelière de Lausanne), plutôt favorable, se poursuit au printemps 2001 pour mettre en évidence les « bonnes pratiques » dans les EMS.

Deux organismes, la FEGEMS et l'Association genevoise d'animation socioculturelle auprès des personnes âgées (AGASPA), ont été chargés de réfléchir à un concept d'animation en EMS et de rendre un rapport. N'étant pas encore parvenu à parler d'une seule voix, le groupe continue sa réflexion au printemps 2001.

2.6.3 La coordination avec les HUG et l'aide à domicile

Les directeurs d'EMS s'accordent à dire que les personnes âgées sont orientées vers les meilleures filières de soins. Par écrit, ces responsables estiment que les transferts sont simples et rapides dans neuf cas sur dix. Oralement, ils font état de dysfonctionnements (transmission des informations ou délais).

Pour se prémunir contre des freins aux transferts, un groupe de travail s'est penché sur le processus d'entrée en EMS pour les patients des HUG et pour les clients des CASS. Après avoir mis en évidence les empêchements à la collaboration, le groupe a formulé des recommandations, dont une porte sur la création d'une instance de coordination. Si un tel organisme vient à être créé, il sera nécessaire de définir les conditions-cadres de son activité.

2.6.4 Les médias

Tantôt incriminé, tantôt dénonciateur, le domaine de l'hébergement des personnes âgées en EMS a défrayé la chronique, en particulier de mai à décembre 2000. Quatre thèmes ont été sous les projecteurs des médias :

- la dotation en personnel ;
- les dysfonctionnements de certains EMS ;
- les salaires des directeurs ;

– la comparaison avec d’autres cantons.

Pour le premier sujet, la presse a relayé une exigence des groupements professionnels (des postes de travail supplémentaires), qui ont de cette manière créé une pression publique et cherché à influencer sur le vote budgétaire du Grand Conseil. Les limites d’une telle démarche résident dans le caractère politique de la dotation en personnel, au détriment d’une analyse objective de celle-ci. Trois EMS ont été sur la sellette pour leur gestion défectueuse ou pour le sort qu’ils ont réservé à leurs résidents. Ces situations ont montré que la marge de manœuvre du DASS et de la DGAS, entre d’un côté le laxisme (ne pas agir) et de l’autre l’ingérence (intervenir) est étroite. Il ne faut pas sous-estimer, par ailleurs, l’impact négatif que peut avoir sur les responsables et les collaborateurs la mise en cause publique d’un EMS. L’image négative de l’hébergement risque d’entraîner chez les professionnels de ce domaine une démotivation. Une question doit être posée : qui gagne et qui perd quand il est fait usage des médias comme d’une caisse de résonance ou comme d’une tribune lors d’un procès ?

2.6.5 La formation

Seuls les 35 % des établissements se sont dotés d’un plan de formation. Bien que dans les écrits, la formation semble être fortement encouragée, en réalité de nombreux directeurs agissent en ordre dispersé et n’utilisent pas toujours les montants mis à leur disposition par l’OCPA. Pour remédier à cette situation, deux études ont été conduites respectivement par le DASS en septembre 2000, et par la FEGEMS en février 2001. De la sorte, un groupe de projet a été chargé de dresser un état des lieux, d’étudier les formations initiales et continues et de proposer la structure et le contenu d’un système de formation pour le personnel des EMS. Le groupe de réflexion a rendu son rapport le 25 mars 2001. Il distingue différents types de formation, propose la constitution d’un comité de programme et d’une équipe pour sa mise en œuvre. Bien que s’appuyant sur des structures existantes (entre autres le centre de formation des HUG et celui de l’aide à domicile), le système à mettre en place ferait éclater le budget actuel (0,5 % de la masse salariale des EMS).

L’autre étude, celle du secrétariat de la FEGEMS, a été transmise à la DGAS, le 11 mai 2001. Son contenu n’a pas encore été communiqué plus largement. Toutefois, des synergies entre ces deux projets ont été envisagées.

Ces tentatives de mettre sur pied une formation pour le personnel répondent aux besoins aigus des EMS. Elles devraient leur permettre de se

préparer aux évolutions rapides de la typologie de la clientèle et de la prise en charge.

2.7 Un tournant de la réforme

Deux documents ont joué (ou le feront dans le futur) un rôle déterminant pour le développement de l'hébergement : l'étude sur l'architecture et le rapport du Conseil d'Etat sur la mise en exploitation de nouveaux EMS destinés aux personnes âgées. Ces deux textes annoncent un tournant dans la réforme du domaine des EMS.

2.7.1 *Les normes architecturales*

Un bureau d'architectes s'est vu confier deux tâches : élaborer de nouvelles normes architecturales et procéder à une analyse critique des bâtiments des EMS existants. Le rapport des architectes aborde des questions comme la lisibilité, l'accessibilité, la sécurité et l'adaptabilité d'un habitat qui convient au grand âge. Il énonce des principes essentiels : la conception architecturale doit prendre en compte les trois catégories d'usagers (résidents, personnel et visiteurs) et l'état physique et psychique des résidents. L'architecture n'est pas qu'une affaire de volumes, mais la traduction matérielle d'un véritable projet institutionnel, une approche sociale, psychologique et médicale.

Pour le second volet de leur mandat, les architectes ont procédé à l'analyse des bâtiments, constituant un dossier pour chaque EMS. De cet inventaire critique, accompagné de recommandations, il ressort que :

- 23 établissements sont adaptés aux nouvelles normes ;
- 14 établissements sont assez adaptés ;
- 15 établissements sont partiellement inadaptés ;
- 5 établissements sont inadaptés pour la mission actuelle.

Pour les deux dernières catégories d'EMS, le DASS a invité les responsables de 5 établissements partiellement inadaptés, parmi les 15, et les 5 établissements inadaptés à présenter un projet alternatif (démolition, reconstruction, reconversion, etc.).

2.7.2 *Du moratoire au plan directeur*

Décrété en juin 1992, prolongé en décembre 1996, le moratoire sur la construction et la mise en exploitation de nouveaux EMS a pris fin le 31 décembre 2000. Après huit ans d'application, le moratoire a fait preuve de son efficacité, le nombre de lits a régressé, passant de 3.628 lits en 1993, à 3.389 en 2000. Le taux d'institutionnalisation a également diminué passant pour la même période de 6,8 % à 5,7 %, pour se situer en dessous de la barre de référence de 6 %.

Se basant sur les résultats et sur les projections démographiques, le Conseil d'Etat a décidé de changer de cap. Dans son rapport d'avril 2001, l'exécutif propose un programme de mise en exploitation de nouveaux EMS pour la décennie 2001-2010, l'objectif étant de créer 1.130 lits. Ce dernier chiffre correspond à :

- 650 lits pour augmenter la capacité d'accueil ;
- 250 lits pour transformer la moitié des chambres à 2 lits en pièces à 1 lit ;
- 230 lits pour compenser la suppression de dix EMS inadaptés.

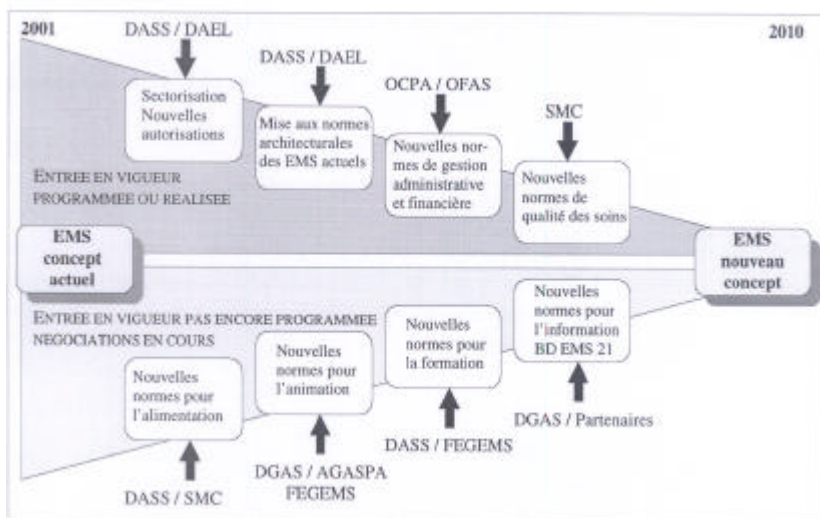
Le Conseil d'Etat a chargé le DASS et le Département de l'aménagement, de l'équipement et du logement (DAEL) d'élaborer, en collaboration avec l'Association des communes genevoises, un projet de plan directeur et de mise en exploitation de nouveaux EMS (période 2002-2010). Le document comprendra :

- la localisation et la définition des vingt EMS ;
- la planification des crédits d'investissement pour la réfection et la normalisation des EMS existants ;
- la planification des crédits annuels de fonctionnement.

2.7.3 Un nouveau concept d'EMS

Le rapport souligne que de nombreuses initiatives ont été prises pour normaliser les différents aspects de l'équipement et du fonctionnement des EMS, le futur plan directeur étant d'une certaine manière l'aboutissement de ces démarches. Le réaménagement du domaine de l'hébergement des personnes âgées semblait se réduire à des mesures de surveillance administratives et de soins. Aujourd'hui apparaissent une cohérence et une volonté d'aboutir à un nouveau concept d'EMS, qui intégrera des facteurs aussi divers que l'architecture, l'alimentation ou la formation. Géographiquement décentrés, de grandeur moyenne (60 lits), répondant à un

projet institutionnel, ce modèle d'établissement prendra systématiquement en compte les données portant sur l'évolution de la clientèle.



Tous les jalons sont posés pour donner une nouvelle vie aux établissements, mais les visites dans les EMS n'ont pas montré que de riches perspectives. Elles ont été l'occasion d'entendre des regrets provoqués par le fait que les résidents, à l'entrée dans un EMS, sont de plus en plus handicapés. Les EMS deviendraient des « mouirois » (selon le terme utilisé par les directeurs) par opposition à un passé regretté, où les personnes âgées coulaient des jours paisibles dans des maisons de retraite. A l'opposé de l'établissement perçu comme une impasse, une voie sans issue, l'EMS peut être conçu comme un lieu dont la mission est la prise en charge de personnes très âgées, dont la longévité croissante oblige à innover. L'élaboration d'un projet institutionnel, l'adoption d'un système qualité, l'évolution du concept de prise en charge vont dans ce sens.

2.8 Les synthèses

Dans ce dernier chapitre, trois récapitulations doivent aider à la compréhension du rapport. L'une traite des choix opérés lors de la mise en place de la nouvelle législation, l'autre apporte des réponses aux questions de la recherche évaluative et la dernière répertorie les nouvelles recommandations.

Les choix opérés et les objectifs généraux posés à un niveau politique sont rappelés dans un tableau à quatre colonnes. En regard de ces options figurent les effets recherchés et les indicateurs d'effets.

Les questions de la recherche évaluative sont reprises pour les trois niveaux d'étude (l'ensemble du dispositif, l'analyse des procédures et l'impact sur les EMS). Pour chacun des points soulevés, les éléments de réponse sont décrits ainsi que les suites à donner (s'il y a lieu). Il apparaît ainsi que certaines préoccupations ont trouvé leur résolution ou leur dénouement, alors que d'autres vont encore inspirer une démarche ou justifier une nouvelle initiative.

Une liste répertoriant les douze recommandations du rapport est proposée ci-après. Elle comporte l'indication du degré de priorité (quatre sont de priorité 1, sept sont des priorités de degré 2 et une est classé en degré 3) et de l'organe compétent pour mener à bien l'action suggérée. A l'exception de deux cas, toutes peuvent être introduites en respectant la neutralité des coûts et en s'appuyant sur les ressources humaines disponibles dans les six structures concernées par les décisions à prendre.

LÉGENDE :

DEGRE DE PRIORITE 1, 2 et 3 selon l'ordre de priorité

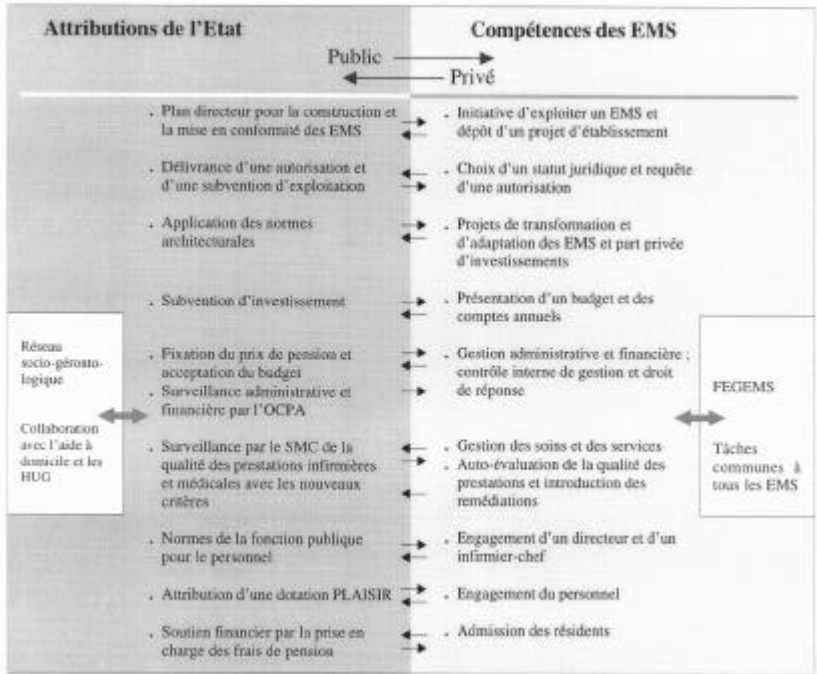
RESPONSABILITES R responsable de la décision
Ex responsable de l'exécution
C collabore

ABREVIATIONS DASS Département de l'action sociale et de la santé
SMC Service du médecin cantonal
CEMS Commission cantonale des EMS
FEGEMS Fédération genevoise des EMS
DGAS Direction générale de l'action sociale
EMS Etablissements médico-sociaux
OCPA Office cantonal des personnes âgées

Le rapport consacre une dernière section à l'éloge du partenariat. Alors que les relations entre les acteurs du domaine de l'hébergement des personnes âgées ont été souvent crispées, quand elles n'ont pas été interrompues, la nécessité impose de mettre en place des procédures de coopération et de renoncer aux procès d'intention. La réforme a tout à gagner d'une stratégie d'apaisement (et non d'entretien des conflits). A en croire une partie des membres de la FEGEMS, il existe, du côté du canton, une volonté d'étatiser le réseau des EMS. Outre le fait que la vraie question est de choisir le mode de gestion le plus opérant, efficace et efficient, les attributions de l'Etat, certes importantes, n'excluent pas des marges de liberté de choix pour les institutions. Les EMS ou leurs comités gardent un rôle prépondérant dans quatre domaines :

- l'initiative de créer un nouvel établissement / et d'élaborer un projet d'institution ;
- l'engagement d'un directeur ;
- l'engagement des cadres et du personnel ;
- l'admission des personnes âgées résidentes.

Le tableau suivant rend compte du partage existant entre l'Etat et les EMS.



3. CONCLUSION

En conclusion, le rapport démontre que la normalisation peut être une réponse utile, une garantie contre les inégalités, voire les abus. Au-delà de ces règles, la clé de la réussite se trouve sans doute dans un projet collectif.

De l'avis du Conseil d'Etat, la réforme des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS) est bien engagée et largement réalisée. A terme, elle débouchera sur un nouveau concept d'EMS tenant compte de tous les usagers en présence (résidants, collaborateurs, visiteurs) et intégrant des facteurs aussi divers que l'âge toujours plus élevé des résidants, l'architecture, l'alimentation ou la formation. Le suivi des recommandations du premier bilan d'évaluation est largement positif. Les structures mises en place sont cohérentes, compatibles et complémentaires. Le Conseil d'Etat peut donc constater qu'un système alliant l'indépendance des EMS aux impératifs de la politique sociale a été mis en place avec succès. Dans l'étape qui vient, l'accent sera mis sur le renforcement de la qualité des prestations, la coordination entre les différentes structures du réseau socio-gérontologique

genevois (EMS, aide à domicile, HUG) et l'amélioration des relations entre l'Etat et la FEGEMS. A cet égard, il est demandé à la FEGEMS de mettre en place, dans les meilleurs délais, une organisation interne efficace et de se doter d'une force représentative qui lui permette, enfin, de jouer à satisfaction son rôle d'interface et d'interlocuteur.

Le Conseil d'Etat a donné les instructions nécessaires pour que les recommandations énumérées au chiffre 2.8 soient progressivement mises en œuvre, sous la responsabilité des différents organes compétents.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Carlo Lamprecht