

Date de dépôt: 6 juin 2005

Messagerie

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le débat sur l'environnement, l'aide et les soins aux personnes âgées est actuellement ouvert, en particulier au sein des Chambres fédérales, en relation avec la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et les contraintes imposées par les finances publiques. Cette situation entraîne nombre d'interrogations et d'incertitudes au sein de la population. Le Conseil d'Etat a jugé opportun de vous soumettre le présent rapport qui expose la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève, les objectifs stratégiques et les axes de développement du département de l'action sociale et de la santé (DASS) dans ce domaine.

Préambule

Le discours de St-Pierre représente, pour le Conseil d'Etat élu, l'occasion consacrée par la tradition d'annoncer aux autorités et au peuple genevois ses objectifs et ses intentions pour les quatre années à venir. A l'occasion du discours qui a marqué le début de la présente législature, en décembre 2001, le Conseil d'Etat a affirmé sa volonté de se rapprocher des Genevoises et des Genevois, d'être à leur écoute et de répondre à leurs besoins. Telle est aussi la philosophie du DASS, qui place l'être humain au cœur du dispositif et de l'action. Ainsi, les stratégies doivent être conçues en fonction de la trajectoire de vie personnelle et non pas tendre vers des solutions toutes faites et normalisées. C'est sur cette base que le DASS, très concrètement, propose ses objectifs stratégiques et les axes de développement qui, en prenant appui

sur l'existant, constituent la politique en faveur des personnes âgées qu'il met en œuvre et qu'il entend développer.

Les services et les structures qui sont actuellement proposés aux personnes âgées du canton ont été mis en place, au fil du temps et par étapes. En voici les plus significatives :

- le vote populaire, en juin 1992, de la loi sur l'aide et les soins à domicile avec, simultanément, le moratoire suspendant toute nouvelle construction d'établissement médico-social (EMS). Cette double action devait permettre de répondre au vœu exprimé par le peuple genevois, à savoir permettre aux personnes âgées de rester en plus grand nombre et plus longtemps à leur domicile et stabiliser l'offre en terme de lits dans les EMS;
- la révision de la loi sur l'aide à domicile, en janvier 1997, qui prévoit la mise en place progressive de vingt-deux centres d'action sociale et de santé (CASS) dans le canton de Genève;
- l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1998, de la loi relative aux EMS (LEMS) qui a notamment introduit la modification du financement des EMS (subventionnement direct des EMS, déplafonnement des prestations complémentaires cantonales pour les personnes résidant dans un EMS et quasi-fin de l'assistance publique pour ces dernières);
- la création de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD), en 1999, qui a permis de regrouper trois services actifs dans ce secteur (Service d'aide et de soins communautaires – SASCOM, Association genevoise d'aide à domicile – AGAD, Association pour l'aide à domicile - APADO);
- la levée du moratoire suspendant toute construction d'EMS, en décembre 2000, puis l'adoption, en avril 2001, d'un programme de construction de nouveaux EMS et, en juillet de la même année, de directives ouvrant la voie à la rénovation des établissements existants.

Avec le recul et l'expérience acquise, un certain nombre de besoins et de pistes d'améliorations ont pu être identifiés, qui vont dans le sens suivant :

- mieux adapter les structures en fonction de la trajectoire de vie et des besoins des personnes âgées, pour leur permettre de vivre dans un environnement convenant à leur situation;
- atténuer la bi-polarisation découlant du système actuel, qui prévoit deux types de situations : la personne âgée domiciliée chez elle et la personne âgée domiciliée dans un EMS, avec des soutiens financiers différenciés;

- renforcer la coordination entre les différents interlocuteurs de la personne âgée qui a besoin d'aide (CASS, FSASD, EMS, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), médecin traitant, etc.);
- tendre vers une approche concertée avec les autres cantons romands et la France voisine pour les questions liées aux personnes âgées.

Un phénomène relativement récent vient s'ajouter aux expériences acquises. Il s'agit du vieillissement des personnes handicapées, qu'elles soient en institution ou qu'elles vivent à domicile. A titre d'exemple, on constate que les personnes souffrant d'un handicap mental ont gagné vingt ans d'espérance de vie au cours de ces vingt dernières années. Même si les bases légales et les sources de financement sont différentes, une approche cohérente sera nécessaire pour proposer à la personne handicapée et âgée ou à la personne âgée souffrant d'un handicap les solutions les mieux adaptées. Il s'agira, pour cela, de mettre en commun les similitudes liées à l'âge, tout en tenant compte des différences inhérentes aux différents types de handicaps.

A l'avenir, les personnes âgées occuperont donc, dans notre société, une place toujours plus importante, pour des raisons démographiques et sanitaires. Elles seront plus nombreuses et resteront plus longtemps en bonne santé. Qu'elles soient indépendantes ou qu'elles aient besoin d'aide en raison d'une santé déficiente, la politique les concernant se devra d'être différenciée et adaptée à leurs spécificités. Cette évolution coïncide avec une situation délicate en matière de finances publiques. Ce contexte particulier a incité le DASS à proposer des solutions d'aide et d'accueil qui s'adaptent encore davantage aux besoins des personnes âgées et aux règles de l'économie. Compte tenu de ces exigences et des observations faites, voici les six objectifs du DASS qui permettront de mieux tenir compte de la trajectoire de vie et des besoins des personnes âgées :

1. l'intégration des personnes âgées dans la vie de la cité;
2. la garantie de disposer, après la période active, des ressources financières nécessaires à une vie décente;
3. la promotion de logements adaptés aux besoins et aux difficultés des personnes âgées;
4. un environnement et une aide flexibles et adaptés aux besoins des personnes âgées;
5. des soins hospitaliers en faveur des personnes âgées;
6. une information et une organisation efficaces.

Tout en étant au service des personnes âgées qui ont besoin d'un soutien, le Conseil d'Etat tient à témoigner ici sa vive reconnaissance à toutes celles qui s'efforcent, jour après jour, de préserver leur autonomie et qui apportent un soutien précieux à la société, que ce soit sous forme de bénévolat, d'écoute ou d'amitié.

Table des matières

- 1. Objectif No 1 : l'intégration des personnes âgées dans la vie de la cité**
 - 1.1. Description de la situation actuelle**
 - 1.1.1. Evolution démographique des personnes âgées au plan suisse et à Genève
 - 1.1.2. Politique actuelle en faveur des personnes âgées dans la cité
 - 1.1.2.1. L'intégration dans la cité des personnes âgées autonomes et vivant à domicile
 - 1.1.2.2. L'intégration dans la cité des personnes âgées vivant dans un EMS
 - 1.1.3. Répartition des personnes âgées selon les structures et les services proposés
 - 1.2. Axes de développement**
 - 1.3. Actions concrètes**
- 2. Objectif No 2 : la garantie de disposer, après la période active, des ressources financières nécessaires à une vie décente**
 - 2.1. Description de la situation actuelle**
 - 2.1.1. Prestations versées directement aux personnes en âge AVS
 - 2.1.2. Subventions allouées aux EMS
 - 2.1.3. Répartition de l'aide financière de l'Etat en faveur des personnes âgées du canton de Genève
 - 2.2. Axes de développement**
 - 2.3. Actions concrètes**
- 3. Objectif No 3 : la promotion de logements adaptés aux besoins et aux difficultés des personnes âgées**
 - 3.1. Description de la situation actuelle**
 - 3.1.1. Les personnes âgées à domicile
 - 3.1.2. Les immeubles avec encadrement social
 - 3.1.3. Les établissements médico-sociaux (EMS)
 - 3.2. Axes de développement**
 - 3.3. Actions concrètes**

- 4. Objectif No 4 : un environnement et une aide flexibles et adaptés aux besoins des personnes âgées**
 - 4.1. Description de la situation actuelle**
 - 4.1.1. L'éventail des possibilités d'aide et de soins pour les personnes âgées vivant à domicile
 - 4.1.1.1. Les centres d'action sociale et de santé (CASS)
 - 4.1.1.2. Les foyers de jour
 - 4.1.1.3. Les unités d'accueil temporaire (UAT)
 - 4.1.1.4. Les possibilités offertes aux personnes âgées dans leurs déplacements
 - 4.1.1.5. L'engagement des associations et des bénévoles
 - 4.1.2. L'environnement et les soins proposés aux personnes vivant dans un EMS
 - 4.2. Axes de développement**
 - 4.3. Actions concrètes**
 - 4.3.1. Aide et soins à domicile
 - 4.3.2. EMS
 - 4.3.3. Passage du domicile à l'EMS
- 5. Objectif No 5 : des soins hospitaliers en faveur des personnes âgées**
 - 5.1. Description de la situation actuelle**
 - 5.1.1. Structures à disposition
 - 5.1.2. Fonctionnement
 - 5.1.3. Compétences à disposition
 - 5.1.4. Autres prestations
 - 5.1.5. Liaisons fonctionnelles avec les autres organismes
 - 5.2. Axes de développement**
 - 5.3. Actions concrètes**
- 6. Objectif No 6 : une information et une organisation efficaces**
 - 6.1. Description de la situation actuelle**
 - 6.1.1. En matière d'information
 - 6.1.2. En matière de coordination
 - 6.2. Axes de développement**
 - 6.3. Actions concrètes**
- 7. Mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées**

Annexes

1. Objectif No 1 : L'intégration des personnes âgées dans la vie de la cité**1.1. Description de la situation actuelle****1.1.1. Evolution démographique des personnes âgées au plan suisse et à Genève**

Au plan suisse, «entre 1981/1982 et 1997/1999, les années de vie sans handicap¹ ont progressé de cinq ans au moins chez les femmes, celles avec handicap ayant reculé de deux ans. Dans la même période, les hommes ont gagné plus de quatre années de vie sans handicap, celles où ils en souffrent ayant diminué d'une demi-année. Ce constat est important pour ce qui est de l'évolution des besoins en soins : si les personnes âgées nécessitent plus tard de l'aide et des soins, cela signifie que la progression des besoins est plus lente que ne le laisseraient penser les relevés démographiques»².

Dans le canton de Genève, le DASS examine actuellement, en liaison avec l'office cantonal de la statistique (OCSTAT), si les projections démographiques sur lesquelles il s'est basé pour évaluer les besoins des personnes âgées sont encore d'actualité. Il s'agit, en particulier, de l'évolution du nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus, puisque cette tranche d'âge correspond, du point de vue statistique, à l'âge moyen d'entrée dans un EMS. Ainsi, l'évolution démographique genevoise, entre 1980 et 2003, démontre que le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus a augmenté beaucoup plus fortement (+ 70 %) que la population prise dans son ensemble (+ 23,8 %). Le nombre des personnes âgées de 90 ans ou plus a augmenté, quant à lui, de façon encore plus spectaculaire (+ 254,4 %). Ce constat confirme que les axes de la politique actuelle en faveur des personnes âgées sont justes, notamment en ce qui concerne l'attention portée à l'aide et aux soins à domicile. Durant la même période de référence (1980-2003), la proportion des personnes de 80 ans ou plus par rapport à la population totale a augmenté de 37,5 %. Ces chiffres démontrent que l'augmentation de la population âgée est largement due à l'augmentation de l'espérance de vie.

¹ Il s'agit du handicap au sens d'un problème de santé handicapant, lié à l'âge.

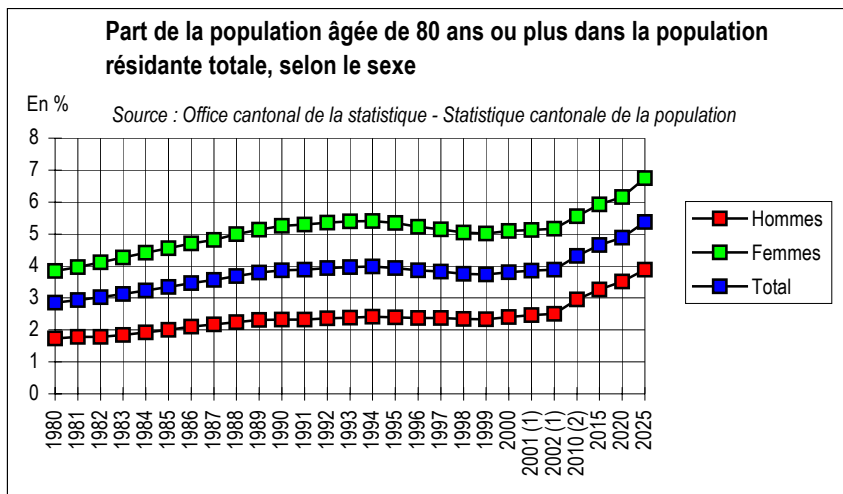
² Révision partielle de la LAMal du 18 mars 1994, nouveau régime de financement des soins, rapport explicatif.

Tableau No.1 : évolution du nombre et du pourcentage de personnes de 80 ans ou plus, par rapport à la population résidente du canton de Genève³

Chiffres arrêtés au 31.12.	1980	1990	2000	2003	% d'augmen- tation entre 1980 et 2003
Moins de 80 ans	341 051	367 774	397 830	417 447	+ 22,4
80 - 89 ans	9 091	12 724	12 653	13 755	+ 51,3
90 - 99 ans	919	2 007	3 030	3 183	+ 246,4
100 ans ou plus	4	38	72	88	+ 2100,0
Population totale	351 065	382 543	413 585	434 473	+ 23,8
Nombre total des personnes âgées de 80 ans ou plus	10 014	14 769	15 755	17 026	+ 70,0
Pourcentage des pers. âgées de 80 ans ou plus par rapport à la population totale	2,8 %	3,9 %	3,8 %	3,9 %	+ 37,5

³ Source : OCSTAT, L'Année sociale en chiffres, Edition 2003 - T 01.01 et T 04.02

Tableau No.2 : part de la population âgée de 80 ans ou plus dans la population résidente totale, selon le sexe (1980 - 2025)⁴



¹ Dès 2001, selon la nouvelle définition : avec toutes les personnes relevant du domaine de l'asile (permis N et F).

² Données selon le scénario A des projections démographiques qui ont été réalisées en 1999. Le scénario A préconise des gains migratoires élevés sans hausse de la fécondité.

Tableau No.3 : évolution de l'espérance de vie des hommes depuis 1929/1932⁵

	1929/1932	1959/1962	1989/1992	1999/2002
70 ans	8,5 ans	10,4 ans	12,8 ans	14,2 ans
80 ans	4,6 ans	5,8 ans	7,2 ans	8,1 ans
90 ans	2,4 ans	2,8 ans	3,4 ans	4,0 ans

⁴ Source : OCSTAT, L'Année sociale en chiffres, Edition 2003, tableau G 04.02

⁵ Source : OCSTAT, Annuaire statistique du canton de Genève, Edition 2004, T 01.43

Tableau No 4 : évolution de l'espérance de vie des femmes depuis 1929/1932⁶

	1929/1932	1959/1962	1989/1992	1999/2002
70 ans	9,6 ans	12,5 ans	16,4 ans	17,7 ans
80 ans	4,9 ans	6,7 ans	9,2 ans	10,2 ans
90 ans	2,8 ans	3,1 ans	4,0 ans	4,7 ans

L'évolution démographique des personnes âgées et l'augmentation de l'espérance de vie auront bien entendu une incidence sur le plan social. Les personnes âgées «en pleine forme» tiendront probablement un rôle plus actif qu'aujourd'hui, avec des attentes correspondantes qui seront cependant influencées par leur situation économique (participation financière aux soins de longue durée, évolution du 2^e pilier, des prestations de l'assurance-veilles et survivants (AVS) et des prestations complémentaires fédérales et cantonales). La question des relations entre les personnes dites actives et celles qui sont à la retraite se pose donc, chacun de ces deux groupes ayant un rôle social propre. Il est vrai que la question n'est pas nouvelle. En 1995 déjà, la Commission fédérale «Vieillir en Suisse» évoquait la définition d'un *pacte intergénérationnel*, proposition qui a rencontré un certain écho. Il s'agissait de repenser la distribution des droits et des devoirs, ainsi que l'organisation des échanges entre les deux générations principales d'adultes que sont les personnes en âge d'activité économique rémunérée et les retraités. Malgré l'intérêt de ce concept, le DASS a préféré, à l'époque, fixer des objectifs concrets et entreprendre des actions ciblées, pour répondre à la volonté exprimée par les citoyens genevois, plutôt qu'adopter un slogan théorique et difficile à définir. C'est ainsi qu'aujourd'hui, on peut considérer que l'éventail des prestations, des structures et des services qui a été progressivement mis à disposition des personnes âgées forme un véritable «pacte intergénérationnel et d'entraide». Ce constat, ajouté aux considérations économiques actuelles, milite en faveur d'une politique pour les personnes âgées adaptative et novatrice mettant en valeur l'existant.

1.1.2. Politique actuelle en faveur des personnes âgées dans la cité

La politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève se fonde sur un ensemble de lois, fédérales et cantonales (cf. annexe No 1), complété dans certains cas par des dispositions communales. Cet ensemble décrit les dispositifs en matière d'aide et de soins à domicile, les aides

⁶ Source : OCSTAT, Annuaire statistique du canton de Genève, Edition 2004, T 01.43

financières pour les personnes âgées et les EMS, de même que les prestations qui sont attendues de ces établissements. Les dispositions législatives déterminent aussi le seuil à partir duquel une personne est considérée comme étant âgée, à savoir 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes. Il s'agit là, bien sûr, d'une limite conventionnelle, le début de la vieillesse étant différent d'une personne à l'autre. Pour beaucoup, le véritable cap de la vieillesse se cristallise au moment où il y a une atteinte à l'autonomie et à l'indépendance personnelles et que cette situation est vécue comme une entrave. Toutes les personnes qui ont atteint ou dépassé 64, respectivement 65 ans, n'ont donc ni les mêmes attentes ni les mêmes besoins. Ceux-ci dépendent à la fois de leurs envies, de leur vie passée et de leurs expériences, de leur situation sociale et financière et – c'est là, sans doute, l'élément central – de leur santé.

La législation genevoise permet à l'Etat de venir en aide aux personnes âgées qui ne peuvent plus être indépendantes, que ce soit du point de vue physique, psychique ou financier. Deux types de situations sont prévus par les dispositions en vigueur : les personnes âgées vivant à leur domicile, qui peut être un appartement dans un immeuble conventionnel ou sécurisé ou un accueil dans leur famille, et celles résidant dans un EMS. A chacune de ces situations correspond une législation et des soutiens financiers propres.

Les chiffres⁷ indiquent qu'en 2003, 84,9 % des personnes âgées de 80 ans ou plus vivaient chez elles et 15,1 % résidaient dans un EMS. Cette évolution est sans doute due à l'action cumulée des deux facteurs suivants : la promotion du maintien à domicile, qui implique une entrée en EMS toujours plus tardive, et les effets du moratoire, qui ont finalement induit une situation de pénurie.

Lorsque le moratoire sur les constructions d'EMS a été décidé par le Conseil d'Etat, en juin 1992, le taux de lits d'EMS à disposition par rapport à la population de 65 ans ou plus s'élevait à 6,7 %. Ce taux était supérieur au taux de référence de 6 % adopté par le canton de Genève. On peut remarquer, dans le tableau No 5 ci-dessous, que ce taux a baissé régulièrement depuis lors, pour atteindre 5,3 % en 2003. L'évolution est identique pour le groupe des personnes de 80 ans ou plus, pour lequel ce taux est passé de 23,3 % en 1992 à 19,5 % en 2003.

⁷ Source : OCSTAT, L'Année sociale en chiffres, Edition 2003, TG 01+02; dans ce cas, il s'agit de la répartition des personnes et non pas, comme dans les tableaux No 5 et 6 ci-dessous, du nombre de lits d'EMS par rapport à la population de 65 ans ou plus, respectivement de 80 ans ou plus.

Tableau No 5 : évolution du taux de lits d'EMS par rapport aux personnes âgées de 65 ans ou plus vivant (1992 - 2003)

Années	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Personnes âgées de 65 ans ou plus ⁸	52 688	53 404	54 317	55 234	55 853	56 631
Nombre de lits EMS ⁹	3 545	3 628	3 591	3 576	3 564	3 500
Taux d'institutionnalisation	6,7 %	6,8 %	6,6 %	6,5 %	6,4 %	6,2 %
Années	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Personnes âgées de 65 ans ou plus	57 472	58 357	59 454	60 477	61 481	62 411
Nombre de lits EMS	3 510	3 403	3 389	3 367	3 291	3 316
Taux d'institutionnalisation	6,1 %	5,8 %	5,7 %	5,6 %	5,4 %	5,3 %

⁸ Source : OCSTAT, L'Année sociale en chiffres, Edition 2003, T 04.02

⁹ Source : direction générale de l'action sociale (DGAS), situation au 31.12

Tableau No 6 : évolution du taux de lits d'EMS par rapport aux personnes âgées de 80 ans ou plus (1992 - 2003)

Années	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Personnes âgées de 80 ans ou plus	15 201	15 510	15 748	15 713	15 490	15 329
Nombre de lits EMS	3 545	3 628	3 591	3 576	3 564	3 500
Taux d'institutionnalisation	23,3 %	23,4 %	22,8 %	22,8 %	23 %	22,8 %
Années	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Personnes âgées de 80 ans ou plus	15 139	15 264	15 755	16 266	16 633	17 026
Nombre de lits EMS	3 510	3 403	3 389	3 367	3 291	3 316
Taux d'institutionnalisation	23,2 %	22,3 %	21,5 %	20,7 %	19,8 %	19,5 %

A l'heure actuelle, un certain nombre d'actions et de programmes, qui sont soutenus ou développés par l'Etat de Genève, concernent l'ensemble des personnes âgées, quelle que soit leur situation, à savoir :

- les études du Centre interfacultaire de gérontologie (CIG);
- les actions de prévention dans le domaine de la santé et des accidents (chutes);
- les actions proposées en matière d'alimentation et d'hygiène de vie (par exemple, la gymnastique pour les seniors);
- la lutte contre la maltraitance et la violence à l'encontre des personnes âgées;
- les directives anticipées, qui permettent d'exprimer par avance sa volonté personnelle sur la manière dont on veut être soigné en cas de maladie ou d'accident et de déterminer les conditions devant entourer son décès;
- l'appréhension du phénomène de la douleur chez la personne âgée;

- les études sur la maladie d'Alzheimer et l'évolution des maladies dégénératives en général;
- la mise en place d'un véritable accompagnement des personnes en fin de vie;
- les réflexions sur les problèmes d'éthique (charte éthique de la Fédération genevoise des EMS (FEGEMS), directives de l'Académie suisse des sciences médicales pour le traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, etc.).

1.1.2.1. L'intégration dans la cité des personnes âgées autonomes et vivant à domicile

La promotion de l'intégration des personnes âgées dans la cité passe par différents canaux, souvent complémentaires : l'engagement des personnes âgées dans la société, l'aide des personnes et des associations en faveur des aînés et l'aide mise en place par l'Etat. La situation dans le canton peut être dépeinte de la manière suivante :

a) L'engagement des personnes âgées dans la société

De nombreuses personnes âgées apportent une aide ou un soutien précieux, soit au sein même de leur famille, soit au travers d'un engagement politique ou associatif, soit encore par l'exercice d'une activité bénévole.

b) L'aide des personnes et des associations

Même si la solidarité familiale, des amis, des voisins et des associations envers les personnes âgées est encore très active, il ressort des observations faites sur le terrain qu'elle s'affaiblit au fil du temps. Cette tendance est sans doute due à l'engagement toujours plus grand des femmes dans le monde du travail, étant donné que la charge du parent âgé leur revenait le plus souvent.

Les associations, telles que, par exemple, Pro Senectute, l'Association de défense et de détente de tous les retraités (AVIVO), le Mouvement des Aînés, le Conseil des Anciens, l'Association générale de soutien aux personnes âgées, veuves, orphelins et invalides démunis (AGSPA), etc. sont des relais appréciables entre les personnes âgées et l'Etat. C'est la raison pour laquelle ce dernier en soutient financièrement un certain nombre par l'octroi de subventions.

c) L'aide mise en place par l'Etat

Cette aide passe par des structures et des services créés et gérés par l'Etat ou par un soutien financier public à des associations, des organismes et des actions en faveur des personnes âgées. Toute l'intervention de l'Etat a pour but de soulager les personnes âgées en ce qui concerne leurs besoins fondamentaux afin que leur intégration dans la cité ne s'effiloche pas au fur et à mesure que leur âge avance.

Le dispositif mis en place pour améliorer l'environnement des personnes âgées et leur apporter aide et soins est détaillé au chapitre 4.1 du présent rapport.

1.1.2.2. L'intégration dans la cité des personnes âgées vivant dans un EMS

La situation a beaucoup évolué, ces dernières années, en ce qui concerne l'ouverture des EMS sur la cité, et particulièrement sur leur quartier ou leur commune. Cette évolution est perceptible non seulement dans les EMS existants, mais aussi dans les projets d'EMS qui seront construits ces prochaines années. En effet, toutes les dispositions législatives applicables aux EMS les incitent à s'intégrer dans le tissu social et urbain, afin de favoriser les échanges. Cette volonté d'ouverture s'exprime de différentes manières, qui vont de l'accueil des visiteurs et de la signalétique dans l'établissement aux activités proposées et à la création d'infrastructures ouvertes au public. Les exemples d'actions concrètes, entreprises dans ce sens, sont divers et significatifs : cafétérias, salons de coiffure, intégration de crèches dans l'EMS, repas aux enfants et/ou à des personnes âgées non résidentes, organisation de journées spéciales, de marchés, etc.

Il convient de mentionner qu'en raison de son organisation, l'EMS est déjà, en soi, un modèle de cohabitation et, dans l'idéal, de rapprochement entre les générations et les cultures qui y vivent, y travaillent et s'y rendent.

1.1.3. Répartition des personnes âgées selon les structures et les services proposés

Une majorité très importante des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent à leur domicile. Parmi elles, environ une sur cinq a recours à l'aide et aux soins à domicile, prestations qui sont assurées, dans leur quasi-totalité, par la FSASD.

Tableau No 7 : répartition des lieux de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus (2003 - chiffres arrondis)¹⁰

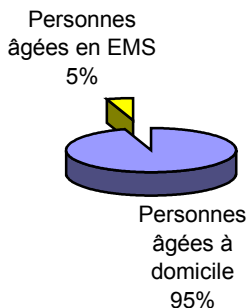
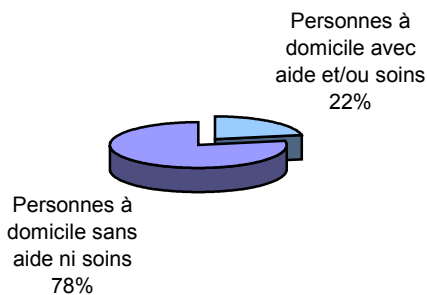


Tableau No 8 : répartition des personnes âgées de 65 ans ou plus indépendantes et de celles recourant à l'aide et/ou aux soins à domicile (2003 - chiffres arrondis)¹¹



¹⁰ Source : OCSTAT, office cantonal des personnes âgées (OCPA)

¹¹ Source : ibid.

Tableau No 9 : proportion des différents groupes de personnes âgées bénéficiant de soutiens, d'aides et de soins à domicile par rapport à l'ensemble des personnes de 65 ans ou plus à domicile (59 255 personnes en 2003)¹²

Type de soutien et d'aide	Nombre de personnes/clients	% par rapport aux personnes âgées à domicile (59'255)
Unités d'accueil temporaire (UAT)	32	0,05 %
Immeubles avec encadrement social	1 073	1,8 %
Foyers de jour	327	0,6 %
Aide et soins à domicile (FSASD)	11 508	19,4 %
Total	12 940	21,8 %

S'ajoutent, aux prestations mentionnées ci-dessus, les centres de vacances, les services et les activités proposés par les communes et des associations telles que l'association pour la défense des personnes âgées en EMS et de leurs familles (APAF), Pro Senectute, l'AVIVO, l'Université du 3^e âge, les clubs du 3^e âge, etc.

La répartition géographique des structures et services à disposition des personnes âgées sur le territoire du canton de Genève est illustrée dans les tableaux figurant dans l'annexe No 2 du présent rapport.

1.2. Axes de développement

- Renforcer la tolérance, le dialogue et la solidarité intergénérationnelle *dans la société.*

Il est extrêmement délicat et difficilement envisageable que l'Etat intervienne de façon directive en matière de tolérance, de dialogue et de solidarité intergénérationnelle. Ces notions sont intimement liées à la sphère privée de chacun, à sa trajectoire de vie et à ses valeurs personnelles. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'idée d'adopter un

¹² Source : OCSTAT, OCPA

«pacte intergénérationnel» a été abandonnée, à l'époque, puisque lui donner un véritable contenu aurait dépendu de l'implication personnelle de chaque citoyen et de chaque citoyenne. C'est donc par des mesures incitatives et des propositions d'actions concrètes et ciblées que la perception de l'âge avancé chez les plus jeunes peut être améliorée, ainsi que la prise de conscience de leurs responsabilités à l'égard de leurs aînés. Dans ce domaine, le rôle des communes et des associations est déterminant, parce qu'elles sont le maillon indispensable entre la solidarité privée et la solidarité publique.

- Renforcer la tolérance, le dialogue et la solidarité intergénérationnelle *dans les EMS*.

Quant aux EMS, ils seront encouragés à poursuivre, le cas échéant à renforcer, leur politique d'ouverture et d'interaction entre leurs résidants et leur voisinage. Il s'agit aussi, à l'intérieur des EMS, d'équilibrer toujours mieux le délicat rapport entre les attentes des résidants et les contraintes auxquelles l'établissement qui les accueille est soumis. L'objectif recherché est que, dans la plus grande mesure possible, chaque résidant puisse préserver son rôle social, ses responsabilités et continuer à assumer, s'il le souhaite, un certain nombre de tâches. Elles pourraient être liées soit à ses connaissances et pratiques professionnelles, soit être de nature divertissante (par exemple, cuisiner, jardiner, bricoler, décorer, etc.). Ne plus pouvoir se rendre utile à l'institution ou à la société peut entraîner une privation, voire une aliénation du rôle social, l'existence ne représentant plus qu'une charge pour la société. Les réflexions déjà engagées à cet égard devraient être poursuivies pour déboucher concrètement sur des adaptations, voire des innovations dans le fonctionnement des EMS.

1.3. Actions concrètes

- Privilégier la mise en place d'un véritable partenariat entre l'Etat de Genève et les communes du canton, celles-ci étant le fer de lance de l'intégration et du lien entre les différentes composantes sociales de la population.
- Entamer une réflexion, en amont des EMS, avec les acteurs/associations/organisations concernés, pour engager des actions concrètes permettant de renforcer la tolérance, le dialogue et la solidarité intergénérationnelle. Ces actions viseront à mieux associer les personnes âgées à la vie sociale, culturelle et politique du canton, notamment par une information ciblée et la sensibilisation des plus jeunes.

- Inciter les EMS à favoriser des accueils de jour et/ou de nuit, en adaptant le cas échéant leur organisation interne, pour les personnes âgées de leur quartier, afin de soulager les familles et les proches qui s'en occupent.
- Encourager les EMS qui ne le font pas encore à permettre plus systématiquement à leurs résidants de conserver un rôle social à l'intérieur de leur établissement (par exemple, participation à des activités domestiques, administratives ou techniques liées à l'exploitation de l'EMS), dans le respect de leurs souhaits et de leur trajectoire de vie.

2. Objectif No 2 : la garantie de disposer, après la période active, des ressources financières nécessaires à une vie décente

Toutes les personnes âgées, dès 64 ans pour les femmes, et 65 ans pour les hommes, peuvent bénéficier des prestations complémentaires à l'AVS, fédérales et cantonales, pour autant qu'elles en remplissent les conditions d'obtention. Ces prestations leur garantissent un revenu minimum pour vivre ou payer leur séjour en EMS. Outre Genève, seuls les cantons de Zurich et de Bâle prévoient des prestations cantonales qui viennent s'ajouter aux prestations complémentaires fédérales.

2.1. Description de la situation actuelle

Le soutien financier de l'Etat aux personnes âgées se traduit actuellement de deux manières : d'une part, au travers des prestations qui leur sont versées directement et, d'autre part, des subventions allouées aux EMS. A Genève, en 2003, 18,8 % des personnes en âge AVS étaient bénéficiaires de prestations complémentaires fédérales et/ou cantonales.

2.1.1. Prestations versées directement aux personnes en âge AVS

Les prestations suivantes sont aujourd'hui prévues pour les personnes en âge AVS dont le revenu est inférieur aux limites fixées par la loi :

- les prestations complémentaires fédérales à l'AVS/AI (PCF);
- les prestations complémentaires cantonales à l'AVS/AI (PCC)¹³;
- les prestations d'assistance, pour les personnes n'ayant pas droit aux prestations fédérales et cantonales complémentaires.

¹³ Ces prestations sont déplafonnées pour les personnes résidant dans un EMS. L'Etat prend donc en charge la différence entre le revenu de la personne concernée et le prix de pension de l'EMS où elle réside.

En outre, les bénéficiaires de prestations complémentaires ont accès aux avantages suivants :

- le paiement des primes de l'assurance-maladie (subside total, plafonné au montant de la prime d'assurance-maladie moyenne cantonale), ainsi que la prise en charge de la franchise, de la participation aux frais de l'assurance-maladie et des frais médicaux non remboursés par l'assurance-maladie (par exemple, pédicure, aspirines, lunettes, etc.);
- la remise d'un abonnement des transports publics genevois (TPG), moyennant une participation très modeste du bénéficiaire;
- le paiement de la redevance radio/TV (uniquement pour les bénéficiaires de prestations complémentaires fédérales).

Il convient enfin de mentionner le prix volontairement modéré (97 F par jour) des UAT, afin d'en faciliter l'accès.

L'obtention des prestations complémentaires à la rente AVS (fédérales et cantonales) est tributaire du revenu et de la fortune de l'intéressé. Il en résulte un effet de seuil pour les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus des barèmes. Cet effet se traduit non seulement par un nonaccès aux prestations complémentaires, mais aussi par la «perte» des avantages qui y sont liés (cf. énumération ci-dessus mentionnée).

Actuellement, le canton assume la totalité du solde des prestations complémentaires et faveur des personnes âgées après déduction de la quote-part de la Confédération, contrairement aux autres cantons romands, à l'exception de Neuchâtel.

Tableau No 10 - répartition, en %, des prestations complémentaires fédérales en faveur des personnes âgées, entre la Confédération, les cantons et les communes (les prestations complémentaires cantonales étant entièrement à la charge du canton)

	Confédération	Cantons	Communes
Genève	10 %	90 %	0 %
Fribourg	35 %	48 ^{3/4} %	16 ^{1/4} %
Jura	35 %	43 ^{1/3} %	21 ^{2/3} %
Neuchâtel	35 %	65 %	0 %
Valais	35 %	39 %	26 %
Vaud	21,00 %	39 ^{1/2} %	39 ^{1/2} %

2.1.2. Subventions allouées aux EMS

Elles permettent de diminuer les prix de pension facturés aux résidents des EMS. Il convient de relever, à cet égard, que le financement des EMS repose sur trois piliers :

- les prix de pension, qui comprennent le prix hôtelier et une contribution aux soins;
- les forfaits versés par les assureurs-maladie sur la base d'une convention tarifaire conclue entre la FEGEMS et santésuisse;
- la subvention de fonctionnement que l'Etat de Genève verse aux EMS. Son montant est calculé sur la base du temps requis pour les soins, selon le système PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis).

2.1.3. Répartition de l'aide financière de l'Etat en faveur des personnes âgées du canton de Genève

L'intervention financière de l'Etat, directe ou indirecte, en faveur des personnes âgées emprunte différents canaux, à savoir :

<p><u>Pour les personnes âgées en général</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - les subsides destinés à la réduction des primes d'assurance-maladie; - les subventions versées aux associations et organismes actifs dans le domaine des personnes âgées (FEGEMS (pour la formation du personnel des EMS), AVIVO, APAF, Pro Senectute, etc.).
<p><u>Pour les personnes âgées à domicile</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - les prestations complémentaires fédérales et cantonales à l'AVS; - le financement de l'aide et des soins à domicile.
<p><u>Pour les personnes âgées résidant en EMS</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - les prestations complémentaires fédérales et cantonales à l'AVS dé plafonnées pour couvrir les prix de pension; - la subvention cantonale directe aux EMS.

Aujourd'hui, tant les études que les comparaisons intercantionales démontrent qu'en ce qui concerne l'assistance financière aux personnes âgées, les obligations de l'Etat de Genève peuvent être considérées comme étant remplies, même si, dans l'application des règles, des améliorations demeurent possibles, de façon ciblée et ponctuelle. Dans ce contexte, des études récentes démontrent que la pauvreté en Suisse touche, dans la majorité des cas (90 % environ), les personnes de moins de 65 ans et dans une proportion d'environ 10 % celles de plus de 65 ans. Ce type de constat confirme la nécessité d'une aide ajustée aux besoins réels de la personne âgée, condition qui ne peut être remplie que si les organismes concernés oeuvrent en réseau.

2.2. Axes de développement

- Préserver la qualité des prestations grâce à une gestion plus équitable et mieux ciblée en fonction des besoins de chaque personne et de sa trajectoire de vie.

- Examiner la pertinence du mode de financement actuel des EMS, qui résulte d'une combinaison entre une subvention directe aux EMS et le déplafonnement des prestations complémentaires qui permet aux résidents des EMS de payer leur facture de pension.
- Mieux prendre en compte la situation des personnes âgées qui ne sont pas bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS et qui se trouvent fragilisées en raison de l'effet de seuil.
- Envisager un traitement fiscal adapté pour les personnes qui hébergent et s'occupent d'une personne âgée à leur domicile.
- Encourager les synergies avec les communes pour permettre une affectation optimale des moyens financiers à disposition.

2.3. Actions concrètes

- Examiner les voies et moyens d'engager un processus de partenariat avec les communes genevoises, tant du point de vue financier que sur le plan de l'organisation. Améliorer, grâce à ce partenariat, la proximité de l'aide sociale en faveur des personnes âgées et aller dans le sens d'une égalité de traitement entre les personnes âgées, quelle que soit leur commune de résidence.
- Favoriser les relations entre les différentes structures intervenant en faveur des personnes âgées (CASS, EMS, immeubles avec encadrement social, foyers de jour, HUG, services proposés par les communes et les associations, etc.), pour mieux mettre en valeur les moyens à disposition en termes de temps, d'énergie et d'argent.
- Examiner la possibilité de promouvoir des visites de prévention chez les personnes âgées à domicile, en particulier celles qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide et des soins à domicile et celles qui sont fragilisées par l'effet de seuil des prestations complémentaires à l'AVS (alimentation, prévention des chutes, etc.).
- Cibler d'avantage l'admission des personnes âgées dans les EMS pour obtenir une meilleure adéquation entre leurs besoins réels et l'infrastructure mise à disposition.
- Promouvoir les solutions flexibles et financièrement légères qui présentent l'avantage de retarder ou d'éviter l'accueil dans un EMS (par exemple, logements communautaires) et de mieux s'adapter à la trajectoire de vie de la personne âgée.
- Encourager les synergies entre les EMS, ou entre les EMS et les communes dans lesquelles ils sont implantés, pour améliorer les prestations dans le cadre des moyens financiers à disposition.

3. Objectif No 3 : la promotion de logements adaptés aux besoins et aux difficultés des personnes âgées

3.1. Description de la situation actuelle

La volonté populaire qui s'est exprimée en 1992 permet donc aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible à leur domicile avec, si nécessaire, une aide et des soins à domicile, sans oublier les structures et services proposés (cf. point 4.1.1.1. ci-après). Il en résulte que, selon les chiffres 2003, 84,9 % environ des personnes âgées de 80 ans ou plus résidaient à domicile (dans un appartement, un immeuble avec encadrement social, etc.) et 15,1 % environ dans un EMS. Si l'on examine l'évolution de la proportion entre les personnes âgées vivant à domicile et celles résidant en institution, on peut considérer que la volonté populaire exprimée en 1992 s'est largement réalisée (cf. tableaux No 5 et 6, point 1.1.2.).

3.1.1. Les personnes âgées à domicile

Aujourd'hui, l'initiative d'aménager un logement pour qu'il réponde aux besoins spécifiques d'une personne âgée relève entièrement du domaine privé, de fondations, d'associations ou de coopératives. Plusieurs projets préconisant l'aménagement de logements pour personnes âgées sont à l'étude, souvent avec des loyers modérés. Certains prévoient même une synergie avec un EMS se trouvant à proximité. Il s'agit-là d'un mouvement qui va sans doute s'amplifier ces prochaines années, notamment grâce à l'engagement des communes et souvent en partenariat avec des organismes privés.

3.1.2. Les immeubles avec encadrement social

Genève compte dix-sept immeubles avec encadrement social pour personnes âgées. Leur mission est très importante, puisqu'ils permettent de favoriser le maintien à domicile et l'indépendance des personnes âgées, d'améliorer leurs conditions de vie, de leur apporter un soutien en cas de solitude, de limiter les hospitalisations et d'éviter les entrées prématurées en EMS. Les prestations et commodités offertes aux locataires sont adaptées à leurs besoins. Ainsi, en matière de sécurité, les appartements sont conçus sans barrières architecturales et sont équipés d'un système d'appel permettant de requérir de l'aide auprès du personnel d'encadrement.

Par ailleurs, il existe, à Genève, quatorze immeubles locatifs qui accueillent également des personnes âgées, mais dont l'encadrement social n'est pas assuré par la FSASD. Ils sont la propriété de fondations, d'associations ou, pour trois d'entre eux, de la Ville de Genève.

3.1.3. Les établissements médico-sociaux (EMS)

Parmi les actions et les démarches réalisées pour augmenter le nombre de lits d'EMS et améliorer la qualité des conditions d'accueil, il est intéressant de relever les suivantes :

- la levée, en décembre 2000, du moratoire suspendant la construction d'EMS par le Conseil d'Etat;
- la présentation au Grand Conseil du programme de construction et de mise en exploitation de 1130 lits d'EMS adopté par le Conseil d'Etat, en avril 2001;
- l'adoption, en juillet 2001, de directives pour la rénovation des EMS existants et la suppression progressive des chambres à lits multiples;
- la création, en septembre 2003, de lits temporaires dans les EMS existants, pour contribuer à atténuer la pénurie de lits;
- l'assouplissement, en novembre 2003, des directives d'exécution relatives à l'aménagement des EMS, dans le but de promouvoir la diversité des EMS;
- le vote, à l'unanimité du Grand Conseil, le 24 septembre 2004, d'un crédit d'investissement de F 35 millions pour la construction de trois EMS représentant la création de 195 lits.

La réalisation du programme de construction d'EMS est bien engagée. Les directives en matière d'aménagement, spécifiques à la conception et à la construction d'un EMS, sont formulées de façon suffisamment souple pour favoriser la diversité et éviter la construction d'EMS standards. Le projet institutionnel, à savoir le projet de vie prévu pour l'établissement, constitue le point de départ de toute construction. L'implantation future et la répartition des EMS, selon le principe de proximité, sont déterminés par le Plan directeur 2010 qui a été adopté par le Conseil d'Etat en novembre 2001.

3.2. Axes de développement

- Augmenter le nombre de structures d'accueil, tout en les adaptant aux besoins spécifiques des personnes âgées et à leur choix de vie (EMS, immeubles avec encadrement social et logements communautaires et sécurisés, intégrés dans les immeubles locatifs).
- Améliorer la qualité des logements sécurisés qui sont actuellement à disposition des personnes âgées (rénovation, adaptation, encadrement social) dans le but de retarder ou d'éviter le recours à l'EMS.

3.3. Actions concrètes

- Créer des logements communautaires disposant d'un encadrement médico-social, à l'instar des *dominos*¹⁴ qui sont proposés en Valais dans des immeubles locatifs, afin d'inciter les personnes âgées à rester à domicile le plus longtemps possible. Ce type d'hébergement présente de nombreux atouts :
 - il se situe clairement dans l'option «domicile» et non dans une option «intermédiaire»;
 - il respecte la sphère privée du locataire, qui est chez lui;
 - il a l'avantage de la souplesse, parce qu'un tel logement peut être créé dès qu'un appartement «normal», d'une surface adéquate, se libère;
 - il permet de maintenir l'intégration de la personne âgée dans la communauté, ainsi que l'ouverture sur le quartier;
 - il ne nécessite pas de procédure lourde, telle que celle prévue pour la construction d'un immeuble qui serait destiné uniquement à des logements pour personnes âgées;
 - il permettrait d'économiser la création d'un certain nombre de lits d'EMS.
- Renforcer, grâce à des aménagements légers, la capacité des immeubles avec encadrement social d'accueillir des personnes âgées relativement dépendantes, afin de soulager le poids de la pénurie de lits d'EMS.
- Poursuivre la réalisation du programme de construction et de mise en exploitation de nouveaux EMS, tout en réactualisant les objectifs en fonction de la politique adoptée pour les personnes âgées, de l'évolution démographique et des contingences économiques.
- Rénover les EMS actuels, en particulier pour réduire progressivement les chambres à lits multiples.
- Entamer une réflexion sur l'évolution du partenariat Etat/privé dans le domaine de la construction et de l'exploitation des EMS, pour en faciliter le développement.

¹⁴ Un domicile nouvelle option (domino) est un appartement intégré dans un immeuble locatif et qui bénéficie d'un encadrement médico-social (aide et soins quotidiens, repas à domicile, activités et loisirs avec l'appui de Pro Senectute, sécurité à domicile, TéléAlarm et aménagements techniques facilitant les actes de la vie quotidienne).

4. Objectif No 4 : un environnement et une aide flexibles et adaptés aux besoins des personnes âgées

4.1. Description de la situation actuelle

4.1.1. L'éventail des possibilités d'aide et de soins pour les personnes âgées vivant à domicile

L'éventail des possibilités d'aide et de soins proposé à la personne âgée vivant à son domicile est large et lui permet de vivre le plus longtemps possible chez elle. La volonté populaire exprimée en 1992 sera complètement respectée lorsque suffisamment de logements adaptés auront été créés, permettant de constituer une véritable alternative à l'EMS. Il convient cependant de relever que certaines études préconisent que le maintien à tout prix de la personne âgée à son domicile peut engendrer la solitude et/ou le rejet de tout contact. Il est donc important d'offrir à chacun et chacune des solutions adéquates et d'être attentif à ce que la pénurie d'EMS ou les contraintes économiques ne viennent influencer l'analyse de la situation réelle des personnes âgées qui vivent à domicile.

Les structures et services suivants sont à la disposition des personnes âgées dans le canton de Genève :

4.1.1.1. Les centres d'action sociale et de santé (CASS)

Les vingt-deux CASS répartis dans le canton de Genève fournissent des prestations qui, assurées par des professionnels, sont destinées à couvrir les besoins des personnes âgées en matière d'aide et de soins à domicile. La mission d'un CASS comporte plusieurs volets : l'accueil à la réception du centre ou au téléphone, l'aide et les soins à domicile, l'action sociale individuelle et l'action sociale communautaire de proximité.

Le service d'accueil

Il accueille la personne âgée, consulte son dossier ou en établit un, l'oriente selon ses besoins, l'informe.

L'aide et les soins à domicile

L'aide et les soins à domicile visent à retarder ou éviter l'admission dans un EMS et, plus spécifiquement, à garder ou à retrouver un état de santé satisfaisant, à assurer la meilleure qualité de vie possible et à renforcer l'autonomie. L'aide et les soins à domicile sont dispensés, dans leur quasi-totalité, par la FSASD. Ils comprennent, en particulier, les prestations suivantes :

- soins corporels ou de base, soins infirmiers, soins thérapeutiques sur prescription médicale, soins palliatifs et accompagnement en fin de vie;
- aide aux activités de la vie quotidienne (entretien courant du ménage, du linge, aide aux déplacements extérieurs);
- aide pour les achats de première nécessité, les dépannages pratiques liés à la vie de tous les jours;
- accompagnement en cas de difficultés ou de handicap physique;
- recherche de contacts avec la famille, l'entourage et l'environnement social;
- ergothérapie (traitements de réadaptation, stimulation de la mobilité et adaptation du lieu de vie);
- actions de promotion de la santé, de prévention des maladies et des accidents;
- livraison de repas;
- mise en place d'appareils de sécurité (télécontact) et de signalisations lumineuses pour personnes malentendantes.

De plus, dans les immeubles avec encadrement social, la FSASD assure un service de salle à manger et la présence d'un veilleur qui garantit la sécurité des locataires et la tranquillité de l'immeuble, 365 jours par an, de 19 h à 7 h. Des activités socio-culturelles sont également proposées en vue de renforcer les contacts des locataires avec la vie de la cité.

Tableau No 11 : nombre de clients et nombre de prestations de la FSASD¹⁵

	soins	aides	repas	télécontact	total
2002	6 564	6 687	3 239	3 564	11 171
2003	6 743	7 156	3 428	3 690	11 508

L'action sociale individuelle

Comme sa dénomination l'indique, les prestations proposées dans ce cadre aux personnes âgées sont de nature sociale et individuelle, à savoir :

- une aide à la reconquête, au maintien ou à l'accroissement de leur autonomie, dans la mesure des possibilités;
- un accompagnement dans les démarches lorsqu'elles requièrent l'intervention d'autres organismes;
- une contribution à la restauration, au maintien ou au développement de liens avec l'entourage ou l'environnement;
- une information sur les différents services, publics et privés, d'aide sociale et de soins à domicile.

Depuis 2001, l'aide sociale aux personnes âgées est assurée, en Ville de Genève, par les CASS, et, en leur sein, par l'unité d'action sociale de l'Hospice général (Hg), constituée d'assistants sociaux. Si cette unité a repris, depuis 2003, tous les dossiers individuels traités jusque-là par le service social de la Ville de Genève, elle n'intervient que ponctuellement dans les autres communes du canton. L'accompagnement social des personnes âgées y est donc relativement informel.

L'action sociale communautaire de proximité

Ce type d'aide se module de façon différente selon les communes. Pour la principale d'entre elles, la Ville de Genève, l'objectif est avant tout de renforcer les liens sociaux entre les habitants et d'améliorer la qualité de la vie et de la santé au sein des quartiers, y compris celle des personnes âgées. Depuis février 2004, huit unités d'action communautaire (UAC) ont pour mission de contribuer à la promotion du bien-être social au moyen de projets axés sur la proximité.

Hors de la Ville de Genève, ce type d'aide sociale varie selon les communes. Certaines d'entre elles ont mis en place des services sociaux ou des permanences qui travaillent en collaboration avec le CASS de leur

¹⁵ Source : FSASD / les totaux ne correspondent pas à l'addition des chiffres parce que certains clients bénéficient de plusieurs prestations cumulées.

secteur socio-sanitaire. Dans d'autres communes, les actions sociales sont entreprises au cas par cas, selon les besoins. Une différence existe donc, entre les communes, quant à leur engagement dans le domaine social, qui est souvent méconnu de leurs habitants. Cette situation aboutit de facto à une inégalité de traitement, entre les personnes âgées qui résident dans des communes très engagées socialement et celles qui le sont moins systématiquement.

4.1.1.2. Les foyers de jour

Dans le cadre de la politique de maintien des personnes âgées à domicile, un certain nombre d'institutions sociales genevoises ont mis en place sept foyers de jour, qui viennent compléter l'aide et les soins à domicile.

Situés dans différents secteurs du canton et de la ville, ces foyers offrent chacun environ quinze places pour des personnes en âge AVS, durant la journée. L'activité déployée par les foyers de jour vise plus particulièrement à :

développer le mieux-être de chacun en respectant son autonomie;

rompre l'isolement et favoriser de nouvelles relations et activités, aider à surmonter une période difficile de la vie sur le plan affectif et/ou de la santé;

retarder ou écourter une hospitalisation;

familiariser à la vie communautaire les personnes âgées qui pourraient, un jour, devoir être accueillies dans un EMS.

Les foyers travaillent en étroite collaboration avec la personne âgée et son entourage, le médecin traitant et le médecin chargé d'exercer la surveillance médicale du foyer, de même qu'avec les services d'aide à domicile et les services sociaux hospitaliers et extra-hospitaliers.

4.1.1.3. Les unités d'accueil temporaire (UAT)

Les places d'accueil en UAT, au nombre de 39¹⁶ et réparties dans treize EMS du canton, sont à la disposition des familles et des proches qui s'occupent d'une personne âgée à domicile. Elles leur permettent, grâce à un prix journalier qui a passé, le 1^{er} juin 2003, de 137 F à 97 F, de prendre un peu de repos ou d'avoir une solution transitoire en cas de problème. La durée d'un séjour en UAT est au minimum de 5 jours et au maximum de 30 jours. Au total, le séjour d'une personne en UAT peut aller jusqu'à 90 jours par année, et ce dans un ou plusieurs établissements. Il doit être prescrit par le

¹⁶ au 31.12.2004

médecin-traitant. Ainsi, les actes infirmiers et les soins de base peuvent être facturés directement par l'EMS à la caisse-maladie de la personne séjournant en UAT et une subvention cantonale est versée à l'EMS.

4.1.1.4. Les possibilités offertes aux personnes âgées dans leurs déplacements

Il est patent que les déplacements deviennent plus malaisés pour les personnes âgées qui, sans être forcément atteintes d'un handicap permanent, se meuvent plus difficilement et rencontrent des problèmes liés à leur mobilité physique, à leur vision, leur ouïe ou à leur sens de l'orientation. Or, chacun sait à quel point il est nécessaire de favoriser la mobilité des personnes âgées et de leur permettre de continuer à se déplacer. Les actions entreprises dans ce sens sont diverses :

- les transports publics, à savoir les transports publics genevois (TPG), les chemins de fer fédéraux (CFF) et les bateaux de la Compagnie genevoise de navigation (CGN), desservent, toujours mieux, les quartiers et les communes;
- actuellement, les TPG appliquent un tarif préférentiel sur l'abonnement destiné aux «seniors» et l'OCPA prend ce dernier en charge, sous certaines conditions (cf. point 2.1.1.);
- parallèlement, les TPG proposent le service gratuit «Mobilité pour tous» (quel que soit le but de la sortie, un accompagnateur ou une accompagnatrice spécialement formé(e) vient chercher la personne âgée à son domicile à l'heure convenue, l'aide à prendre son ticket de transport et l'assiste à l'aller et au retour du trajet programmé);
- Transport Handicap permet, aux personnes âgées en chaise roulante, de se déplacer. Elles peuvent ainsi, par exemple, se rendre chez leur médecin ou accomplir une démarche administrative;
- Mobile Service offre un service personnalisé à toutes les personnes se déplaçant avec difficulté et met à disposition, le cas échéant, une chaise roulante;
- quant aux barrières architecturales ou d'aménagement public entravant la liberté de mouvement des personnes en chaise roulante ou qui éprouvent une grande difficulté à se mouvoir, l'Association Handicap Architecture Urbanisme (HAU) veille à la promotion d'un environnement bâti et accessible à tous. Elle s'appuie, en cela, sur des services et des organisations d'entraide, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé et des architectes, en collaboration avec les services publics compétents.

4.1.1.5. L'engagement des associations et des bénévoles

Il est important de souligner une fois encore l'engagement du monde associatif et bénévole, indispensable aux personnes âgées. Il assume le rôle précieux de relais, de soutien et de conseils au travers de ses acteurs (Pro Senectute, le Conseil des Anciens, l'APAF, la FEGEMS, la Croix-Rouge genevoise, Caritas, le Centre social protestant, la Bourse du Bénévolat, le Centre genevois du volontariat, Pattes tendues, l'Association Entrelacs, etc.). Par leur action, les personnes bénévoles apportent non seulement un soutien affectif ou utilitaire, mais elles constituent aussi un lien important entre la personne âgée et la vie dans la cité. Concernant plus particulièrement les EMS, un certain nombre d'entre eux associent les bénévoles à leur fonctionnement quotidien. Ils leur proposent une formation interne pour faciliter leur intégration dans les équipes de travail et partager les valeurs qui leur sont propres.

4.1.2. L'environnement et les soins proposés aux personnes vivant dans un EMS

La LEMS, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998, ainsi que son règlement d'application, décrivent l'environnement tel qu'il doit être proposé aux personnes vivant dans un EMS. Les dispositions prescrites concernent les domaines suivants :

- les locaux, qui doivent permettre de vivre à la fois dans la tranquillité et de participer à la vie communautaire;
- l'alimentation;
- les soins et les aides à la vie quotidienne;
- l'animation et les activités de loisirs;
- les compétences et les responsabilités de la direction de l'EMS;
- le personnel, sa formation et sa rémunération;
- la surveillance des établissements, qui est assurée par la Direction générale de la santé (DGS).

Les conditions de financement des EMS, prévues dans la loi, contribuent également, grâce à la stabilité qu'elles engendrent, à la qualité de l'environnement des personnes vivant dans un EMS.

Sur un plan plus général, le résidant qui fait le choix – ou qui a l'obligation – de résider dans un EMS vit parfois un changement important, voire brutal, dans ses rapports avec autrui, en particulier avec son entourage proche et le personnel de l'établissement qui l'accueille. En schématisant, on

pourrait dire qu'il passe d'une situation dans laquelle il est maître de sa vie et de ses habitudes, à un univers dont certaines règles sont préétablies, en raison des contingences liées à la vie communautaire. Sa liberté d'action se restreint, de même que sa sphère privée. Il doit aussi abandonner son appartement et une partie de ses souvenirs. Cette transition est rendue plus difficile encore lorsque l'emménagement dans l'EMS est consécutif à un ou plusieurs séjours à l'hôpital, ce qui est le cas pour 70 % des personnes admises. Il est donc important que ces aspects, qui peuvent être ressentis de façon négative, soient rapidement compensés par un bien-être lié au fait de ne plus devoir assumer des tâches devenues fastidieuses ou pénibles, ni de faire face à des difficultés d'ordre financier. Les EMS sont, aujourd'hui déjà, attentifs à cet équilibre délicat à atteindre.

Il s'avère cependant qu'une petite partie des résidents d'EMS, que l'on peut estimer à 10 % environ, ne répond pas strictement aux critères prévus par l'article 2 de la LEMS. Cette dernière réserve les EMS aux personnes dont «l'état de santé, physique ou mentale, sans justifier un traitement hospitalier, exige des aides, des contrôles et des soins». Cette situation s'explique par des raisons historiques, lorsqu'il était habituel d'aller dans une maison de retraite dès la fin de la vie active. Elle résulte aussi de la volonté de nombreux EMS, qui entendent préserver un équilibre entre les personnes âgées et relativement indépendantes et celles qui, parvenues presque au terme de leur vie, sont lourdement handicapées.

4.2. Axes de développement

- Maintenir et consolider la présence de l'aide et des soins pour les personnes âgées à domicile.
- Repenser l'organisation des CASS.
- Mettre en place un processus permettant aux personnes âgées et malades, dans la mesure du possible, de préparer sereinement leur passage du domicile à l'EMS, plutôt que de subir une étape hospitalière intermédiaire en cas de problème aigu, souvent de nature sociale.
- Dans les EMS, poursuivre les réflexions sur les conditions d'admission, le rôle social des résidents, avec leurs spécificités, et le profil professionnel du personnel nécessaire (personnel infirmier ou aides-soignants).

4.3. Actions concrètes

4.3.1. Aide et soins à domicile

- Désigner les partenaires appelés à collaborer au sein ou avec les CASS.
- Consolider les prestations proposées par la FSASD aux personnes âgées dans les immeubles avec encadrement social.
- Dans la perspective de la création de logements communautaires, mettre en place et organiser le soutien médico-social nécessaire (cf. point 3.3. ci-dessus).
- Organiser l'aide et les soins à domicile de manière à renforcer le lien entre la personne âgée et les personnes de la FSASD qui viennent à son domicile.
- Etudier la possibilité de consolider le service 24 h. sur 24 et 7 jours sur 7, qui est actuellement proposé par l'hospitalisation à domicile (HAD) et le relais des urgences médico-sociales (RUMS), en prévoyant davantage de veilles de jour et de nuit.
- Renforcer l'hospitalisation à domicile pour les personnes âgées en fin de traitement hospitalier.
- De manière plus générale, entamer une réflexion sur un rapprochement et une interaction, en terme de personnel, entre les différentes structures de soins (notamment la FSASD, les EMS et les structures hospitalières).

4.3.2. EMS

- Destiner encore d'avantage les EMS, selon l'article 2 de la LEMS, aux personnes dont l'état de santé, physique ou mentale, sans justifier un traitement hospitalier, exige véritablement des aides et des soins.
- Adapter certaines règles de fonctionnement dans les EMS, de manière à associer plus étroitement la personne âgée à l'activité quotidienne de l'EMS et en lui donnant la possibilité, si elle le souhaite, d'accomplir certaines tâches.
- Inviter les EMS à adopter une approche un peu moins institutionnelle, au profit d'une vision plus communautaire.
- Inciter les EMS d'une certaine taille à favoriser des accueils temporaires de jour et/ou de nuit, à offrir des repas ou un soutien aux personnes âgées de leur quartier, afin de les soulager ou d'accorder un répit à leurs familles et proches.
- Mieux cerner la problématique des personnes âgées résidentes qui ont perdu leur capacité de discernement.

- Entamer une réflexion pluridisciplinaire sur de nouvelles formes d'organisation du travail dans les EMS, en modifiant, le cas échéant, l'articulation des équilibres entre le personnel de soins et le personnel social et hôtelier.

4.3.3. Passage du domicile à l'EMS

- Encourager les expériences permettant, par un accompagnement et une information adéquats, d'adoucir le passage entre le domicile et l'EMS, surtout lorsqu'il est consécutif à un séjour à l'hôpital ou à un événement imprévu (phénomène de rupture, peur de quitter le domicile, peur «d'affronter» la vie en institution).

5. Objectif No 5 : des soins hospitaliers en faveur des personnes âgées

5.1. Description de la situation actuelle

5.1.1. Structures à disposition

Actuellement, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) assurent les prestations de soins aux personnes âgées dans les départements et services médicaux suivants :

- a) Le département dit de réhabilitation et gériatrie qui se compose, début 2005 :
 - d'un service de gériatrie de 228 lits incluant 124 lits de gériatrie active (Hôpital de gériatrie), auxquels sont associés 44 lits de soins palliatifs et 60 lits de soins continus et de fin de traitement (Cesco – long séjour hospitalier);
 - d'un service de maladies osseuses de 56 lits, essentiellement dévolu à la réhabilitation gériatrique, à la prévention des chutes et fractures ostéoporotiques (Hôpital de gériatrie). Ce service comprend également une consultation de maladies osseuses à l'hôpital cantonal, une unité de médecine dentaire et un centre de recherche « collaborateur OMS – Organisation mondiale de la santé » sur le métabolisme osseux;
 - de trois services de médecine interne et réhabilitation (SMIR) correspondant à des lits de proximité et de suite de traitement :
 - SMIR Centre (96 lits), avec une spécificité psychosomatique et «oncology supportive care (soins spécialisés en oncologie)» (Beau-Séjour),

- SMIR Ouest (100 lits) dédié plus spécifiquement à la réhabilitation neurologique (Hôpital de Loëx),
 - SMIR Est (114 lits) plus orienté vers la prise en soins des comorbidités psychiatriques (troubles de la cognition) chez les malades somatiques (Hôpital de gériatrie);
 - d'un service de soins continus et de fin de traitement de 160 lits (Hôpital de Loëx – long séjour hospitalier);
 - d'une unité de liaison et de consultation à l'hôpital cantonal (bilan de gériatrie) avec des compétences spécifiques appréciées par les services de médecine et de chirurgie et un rôle de coordination et d'orientation des malades à partir du Centre d'accueil et d'urgence (HUG);
 - d'une unité de réhabilitation «mémoire» ambulatoire, unique clinique de ce type et centre de référence à Genève (Centre ville).
- b) Le département de psychiatrie a également un service spécialisé dans les soins aux personnes âgées, composé :
- d'un service de psychogériatrie (150 lits) prenant en soins des malades âgés avec essentiellement des troubles mentaux (troubles du comportement, dépression sévère, démence avancée, etc.);
 - d'une policlinique de psychogériatrie effectuant majoritairement des consultations sur des sites délocalisés en ville et/ou plus rarement à domicile;
 - d'une unité de bilan psychogériatrique (avec des compétences spécifiques dans ce domaine à disposition des différents services hospitaliers des HUG);
 - d'un hôpital de jour.
- c) Le département de médecine et santé communautaire inclut la policlinique de gériatrie qui comporte actuellement :
- un hôpital de jour (Centre ville);
 - 8 lits d'accueil service ou lits de répit (Centre ville) pour les malades en crise médico-psycho-sociale (durée de séjour maximum : 3 nuits);
 - des consultations de gériatrie à domicile ou en EMS, sur demande des médecins traitants de la ville.

En outre, il est évident que des malades très âgés sont hospitalisés dans tous les services des hôpitaux universitaires de Genève, aussi bien en médecine qu'en chirurgie et dans des services plus spécialisés. Les personnes âgées sont aussi hospitalisées pour des soins de suite de traitement à la clinique de Joli-Mont et à la clinique genevoise de Montana.

5.1.2. Fonctionnement

Malgré l'existence d'un dispositif de gériatrie fonctionnant dans la communauté, il apparaît bien souvent que les hospitalisations des personnes âgées ou très âgées se font sur un mode d'urgence du fait d'une décompensation aiguë (somatique ou psychique) ou d'un état de santé précaire (association de plusieurs maladies chroniques avec très souvent des difficultés pour accomplir sans aide des actes de la vie quotidienne). Ces admissions non programmées correspondent souvent à des impossibilités de prendre en charge le patient à domicile et/ou en EMS.

5.1.3. Compétences à disposition

Les structures gériatriques et psychogériatriques ambulatoires et hospitalières correspondent à un réseau de compétences académiques et professionnelles (établissement reconnu FMH (Fédération des médecins suisses) gériatrie catégorie A) mises à disposition pour les soins de proximité et pour des soins plus spécifiques à l'âge extrême de la vie.

Ces structures ont développé, sans entrer en compétition avec les autres services privés ou publics, beaucoup de compétences pluridisciplinaires et spécialisées de la personne vieillissante ou âgée afin de mieux répondre aux besoins de soins, notamment :

- l'analyse approfondie de la marche pour prévenir les chutes;
- la filière ostéoporose;
- la gérodonnologie;
- la réhabilitation locomotrice, cardio-pulmonaire, neurologique;
- la prise en soins précoce de la démence et la réhabilitation mémoire;
- la prévention de l'incontinence;
- le programme «supportive care in oncology» (soins spécialisés en oncologie);
- le contrôle de la douleur et des symptômes en fin de vie.

De plus, un soutien aux familles et aux proches des malades est assumé par des collaborateurs de formations différentes afin de réduire les durées de séjour, de faciliter le retour à domicile et de diminuer les réhospitalisations.

5.1.4. Autres prestations

Outre les soins purement médicaux susmentionnés, il existe, tant à domicile qu'en hospitalisation, une approche globale de la personne âgée dans son environnement de vie (affectif et matériel). Les professionnels de santé établissent, en accord avec le patient, un projet de soins (et si possible de vie) incluant une réflexion éthique, financière et de qualité de vie ou de famille.

5.1.5. Liaisons fonctionnelles avec les autres organismes

- La mise en place d'un département spécialisé de réhabilitation et gériatrie, intégrant les structures hospitalières, facilitera encore plus la coordination des actions et la continuité des soins.
- Les infirmières et les ergothérapeutes de liaison de la FSASD facilitent le retour des malades à domicile, le cas échéant, grâce à un aménagement du domicile et des prestations du réseau de soins compétent.
- La liaison avec les EMS se fait essentiellement sur le plan médical et social. Plus de la moitié des médecins responsables de ces établissements ont été formés au sein du département de réhabilitation et gériatrie.

5.2. Axes de développement

- Proposer une meilleure information communautaire sur le vieillissement et ses conséquences dans le cadre de la «trajectoire de vie personnelle» de chacune des personnes âgées vivant à Genève.
- Tendre à une diminution maximale des admissions hospitalières inappropriées.
- Promouvoir une plus grande disponibilité et accessibilité des structures spécifiquement gériatriques pour les prises en charge aiguës des personnes âgées malades.
- Aboutir à une différenciation des secteurs de soins somatiques et psychiatriques des malades âgés (évaluation, court séjour, moyen séjour ou long séjour).
- Prévoir la mise à disposition de programmes spécialisés (cf. point 5.1.3. ci-dessus) aux médecins de ville, aux CASS et aux EMS.
- Développer la recherche et consolider les efforts entrepris dans la formation post-graduée pour les professions de la santé dans le secteur du vieillissement et de la chronicité, qui constituent un impératif majeur pour les années à venir.

5.3. Actions concrètes

- Expliquer à la population que la trajectoire de vie intègre l'avance en âge, la vieillesse et la mort, afin de mieux concevoir les besoins de chaque tranche de la population. Il s'agit, en particulier, d'intégrer le vieillissement et ses conséquences dans son propre projet de vie pour mieux anticiper les soins et l'hébergement nécessaires à l'âge extrême de la vie.
- Accroître les liens et les échanges de compétences entre médecine domiciliaire, FSASD, CASS, HUG et EMS.
- Faciliter l'accessibilité et la permanence d'accueil des structures d'urgence gériatriques (centre médical des entrées - CME) et l'intégration dans le réseau des urgences du canton de Genève avec numéro de téléphone et centrale d'aiguillage unique des malades.
- Créer une unité de lits de soins aigus gériatriques sur le site de l'hôpital cantonal de Genève (proximité et spécificité des soins).
- Faciliter le déplacement des équipes hospitalières intervenant dans des programmes spécifiques (prévention des chutes et des fractures, hygiène bucco-dentaire, prise en soins des incontinences) au niveau des CASS (prise en charge domiciliaire) et des EMS.

6. Objectif No 6 : une information et une organisation efficaces

6.1. Description de la situation actuelle

6.1.1. En matière d'information

Bien que de nombreuses informations soient à disposition des personnes âgées, leur accès n'est pas toujours aisé. L'information, lorsqu'elle se présente sur papier (brochures, dépliants, livres, etc.) est à disposition dans des lieux qui sont souvent géographiquement disséminés ou éloignés du domicile de la personne âgée. L'information la plus regroupée se trouve sans nul doute sur Internet. Là encore, elle n'est pas accessible au plus grand nombre, l'équipement informatique n'étant pas encore généralisé parmi nos aînés.

Voici quelques-unes des sources d'information pour les personnes âgées :

- le guide genevois pour pré-retraités et retraités, distribué gratuitement aux personnes ayant atteint l'âge de la retraite en 2003, 2004 et 2005;
- la revue Générations;
- les publications et le site Internet de l'OCPA;

- les publications et les sites Internet de l’Hospice général, des CASS et de la FSASD;
- les publications et le site Internet du DASS;
- les publications et les sites Internet des associations actives dans le domaine des personnes âgées (Pro Senectute, FEGEMS, APAF, AVIVO, Seniorweb, etc.);
- les sites Internet des communes genevoises.

6.1.2. En matière de coordination

Le canton de Genève dispose de structures très développées et compétentes, mais dont l’articulation laisse parfois à désirer, ce qui entraîne une forte déperdition en termes d’efficacité et d’efficacités. Ce manque de coordination s’explique essentiellement par des raisons historiques, chaque service ayant été développé en fonction et pour répondre à un besoin spécifique. Cette mise en place étant maintenant réalisée, il s’agit de passer à une phase de coordination, afin de permettre une fluidité optimale, pour les personnes âgées, entre les différentes structures qui sont à leur disposition. La Commission cantonale des CASS, la Commission cantonale des EMS et le groupe de coordination HUG-CASS-EMS qui en dépend, de par leur composition très représentative, sont des relais importants pour la mise en place ou le renforcement des relations et des échanges entre les différents intervenants dans le domaine des personnes âgées.

Commission cantonale des CASS

Présidée par le Conseiller d’Etat en charge du DASS, la Commission cantonale des CASS a pour tâche de donner son préavis sur les documents et directives relatifs à la mise en œuvre de la loi sur les CASS, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Elle préavise également les comptes et les projets de budgets des services. Cette commission comprend des membres élus par le Grand Conseil (un membre par parti représenté), le Conseil d’Etat (dont un représentant du conseil d’administration de l’Hospice général et un de la FSASD), la Ville de Genève, l’Association des communes genevoises, le personnel des CASS, santésuisse, l’Association des médecins du canton de Genève (AMG) et les services privés d’aide sociale. Tout en étant plus représentative du point de vue politique que la Commission cantonale des EMS, sa composition permet, elle aussi, une coordination entre l’Etat et les communes et entre les différentes instances impliquées dans l’action sociale et la santé.

Commission cantonale des EMS

Présidée par le Conseiller d'Etat en charge du DASS, la Commission cantonale des EMS a pour mission d'assister le département dans l'accomplissement des tâches qui lui sont dévolues par la LEMS. Ses membres viennent de la FEGEMS, du personnel des EMS, de l'APAF, de l'AMG, de la FSASD, des HUG, de santésuissse, des services sociaux s'occupant de personnes âgées et de l'administration cantonale. Les membres de la commission veillent ainsi, lorsque des décisions sont prises concernant les EMS, à ce qu'elles soient compatibles avec les dispositions applicables dans leurs domaines de compétence respectifs.

Groupe de coordination HUG-CASS-EMS

La Commission cantonale des EMS a mis en place un groupe de travail pour examiner les possibilités de renforcer la collaboration entre les HUG, les CASS et les EMS. Il a produit un rapport, en décembre 2000, intitulé «Analyse du processus d'entrée en EMS des patients hospitalisés dans les HUG et des clients suivis dans les CASS», dont une partie des recommandations n'a pas été suivie d'effets concrets. La Commission cantonale des EMS a donc décidé de réactiver ce groupe, en avril 2002. Sa mission principale est de proposer toutes mesures utiles permettant d'améliorer, d'une part, la collaboration entre les HUG, les CASS et les EMS et, d'autre part, le mécanisme des admissions dans les EMS. Le groupe de coordination HUG-CASS-EMS devrait faire connaître prochainement ses propositions, qui portent notamment sur une procédure d'admission unifiée dans les EMS. Le corollaire d'une telle procédure pourrait être, pour les personnes âgées souhaitant ou devant aller vivre dans un EMS, l'introduction d'une procédure de sortie des HUG, et, dans un avenir plus lointain, d'une procédure de sortie du domicile.

6.2. Axes de développement

Proposer aux personnes âgées une meilleure vue d'ensemble des possibilités qui leur sont offertes, de façon à favoriser un accès facilité et plus équitable aux prestations.

Renforcer la coordination et les synergies entre les services de l'Etat et les organisations concernées par les personnes âgées et la vieillesse.

6.3. Actions concrètes

Améliorer la coordination et les relations :

- au plan genevois, entre les interlocuteurs des personnes âgées (les professionnels en charge des personnes âgées) pour éviter des

dépense d'énergie et d'information, des pertes de temps et des erreurs. Il s'agit d'aiguiller les personnes âgées, rapidement et correctement, le but étant de parvenir à réaliser la conjonction suivante : «la bonne personne, au bon endroit, au bon moment»;

- entre les services intervenant au sein d'un secteur socio-sanitaire, en resserrant notamment les liens entre le CASS, le(s) EMS, le(s) foyers de jour, l'éventuel site de la Poliger, les médecins, etc. qui s'y trouvent.
- Aider la personne âgée, par une information adéquate, à mieux planifier son entrée dans un EMS lorsqu'elle s'avère nécessaire.
- Mieux informer une personne âgée lorsqu'elle doit quitter son domicile pour aller à l'hôpital, en particulier lorsqu'il y a plusieurs allers-retours entre son domicile et les HUG ou lorsqu'elle doit emménager dans un EMS.
- Gérer plus finement les demandes d'admission dans les EMS, anticiper et coordonner les mesures de prise en charge. Créer, par exemple, une ou plusieurs cellules chargées de l'information des personnes âgées, de leur orientation vers la bonne solution et assurant la coordination entre les différents intervenants.
- Encourager le partenariat entre l'Etat et les associations représentant les personnes âgées dans leur ensemble, pour leur permettre de mieux faire valoir leur point de vue.
- Mettre en place un réseau communautaire d'informatique médico-social, permettant la mise à disposition des éléments nécessaires à chaque professionnel, grâce à une clé détenue par la personne elle-même.

7. Mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées

Les six objectifs en faveur des personnes âgées ne se limitent pas au périmètre d'action du DASS. Ils s'inscrivent dans un contexte plus large, qui rassemble tous les domaines concernés par les différentes facettes du grand âge, tels que la santé, les soins, les mesures prises pour entourer la personne âgée, les prestations proposées, l'habitat.

Ces objectifs se fondent aussi sur les structures et l'organisation mises en place au fil des années. Leur réalisation passe par l'activation des forces à disposition et leur mise en réseau, car il s'agit de collaborer et de coordonner l'action en faveur des personnes âgées. La réussite de cette politique repose sur l'engagement des autorités de l'Etat de Genève et sur celui, aux côtés du

DASS, des autres départements, surtout lorsqu'ils sont concernés par un ou plusieurs aspects de la situation des personnes âgées :

- le département de l'aménagement, de l'équipement et du logement (DAEL), engagé notamment dans la construction d'EMS et la rénovation des établissements existants;
- le département de l'intérieur, de l'agriculture et de l'environnement (DIAE) pour les questions liées à la mobilité;
- le département des finances (DF), pour les questions liées à la fiscalité des personnes âgées et au contrôle des subventions;
- le département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures (DEEE), pour toutes les questions relevant des conditions de travail au sein des EMS;
- le département de justice et police (DJPS), pour la sécurité des personnes âgées et les aspects liés aux tutelles et aux curatelles.

De plus, plusieurs des objectifs énoncés ne pourront être atteints qu'en associant à l'action de l'Etat celle des communes et des associations concernées. C'est par la mise en commun des volontés, des expériences et des propositions que le canton de Genève pourra s'enorgueillir d'une politique de la vieillesse qui soit véritablement en phase avec la trajectoire des personnes âgées et les réalités économiques.

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

La présidente :
Martine Brunschwig Graf

Annexes :

- No 1 - références juridiques applicables aux personnes âgées*
- No 2 - tableaux présentant les différentes structures qui sont à disposition des personnes âgées dans le canton de Genève*

*ANNEXE 1***Principales références juridiques cantonales applicables aux personnes âgées**

Les principales bases juridiques cantonales ayant une implication pour les personnes âgées sont les suivantes :

- loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (LEMS) - J 7 20, du 3 octobre 1997;
- règlement d'application de la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées - J 7 20.01, du 15 décembre 1997;
- loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) - J 3 05, du 29 mai 1997;
- règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) - J 3 05.01, du 15 décembre 1997;
- loi sur l'assistance publique (LAP) - J 4 05, du 19 septembre 1980;
- règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants - J 7 05.01, du 22 novembre 1955;
- règlement relatif à l'exécution des dispositions concernant l'assurance-vieillesse et survivants et l'assurance-invalidité fédérales, ainsi que les prestations cantonales - J 7 05.04, du 1^{er} avril 1969;
- loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité - J 7 10, du 14 octobre 1965;
- règlement d'application de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité - J 7 10.01, du 23 décembre 1998;
- loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité - J 7 15, du 25 octobre 1968;
- règlement d'application de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité - J 7 15.01, du 25 juin 1999;
- loi sur l'aide à domicile (LADom) - K 1 05, du 16 février 1992;
- loi sur les centres d'action sociale et de santé (LCASS) - K 1 07, du 21 septembre 2001;
- règlement d'application de la loi sur les centres d'action sociale et de santé - K 1 07.01, du 31 octobre 2001.

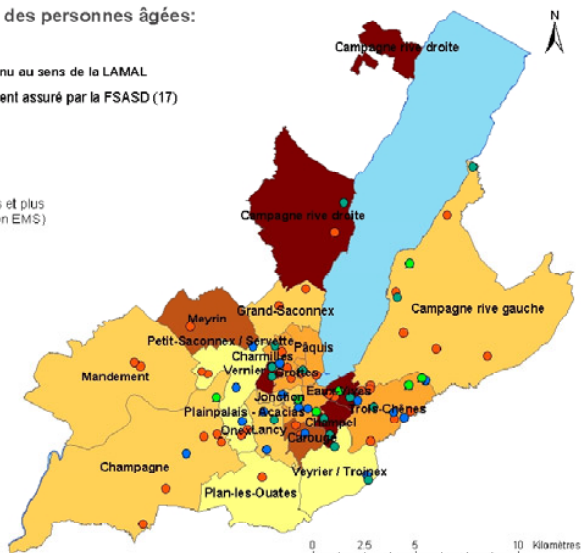
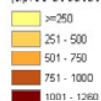
Annexe 2 - Structures et services à disposition des personnes âgées dans le canton de Genève¹

1. Ensemble des structures et services dans le canton de Genève

Hébergement et soins des personnes âgées:
Structures existantes

- EMS (51) dont 1 non reconnu au sens de la LAMAL
- Immeubles avec encadrement assuré par la FSASD (17)
- UAT (38)
- Foyers de jour (7)
- ▲ Services HUG (7)

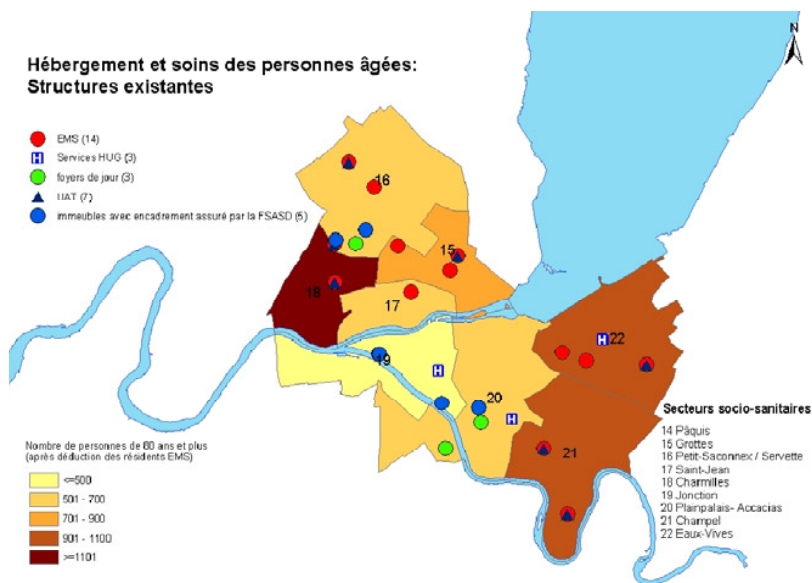
Nombre de personnes de 80 ans et plus
(après déduction des résidents en EMS)



¹ Source : OCPA, situation au début du 2^{ème} semestre 2004

2. Ensemble des structures et services en Ville de Genève

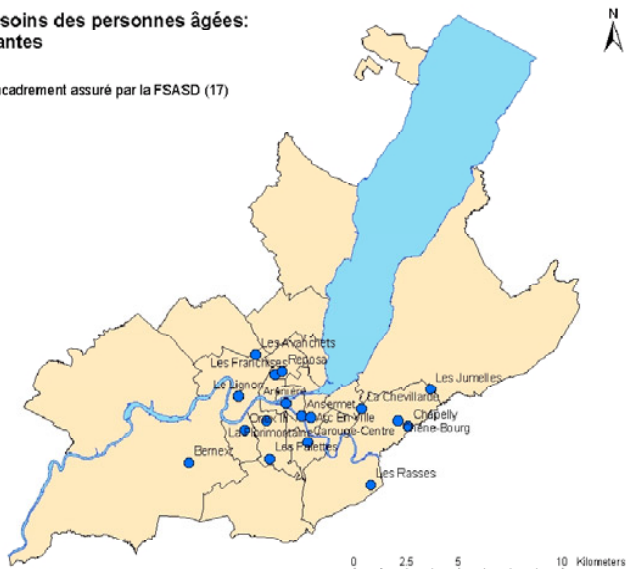
Hébergement et soins des personnes âgées: Structures existantes



4. Répartition des immeubles avec encadrement social (anciennement D 2)²

Hébergement et soins des personnes âgées:
Structures existantes

● Immeubles avec encadrement assuré par la FSASD (17)

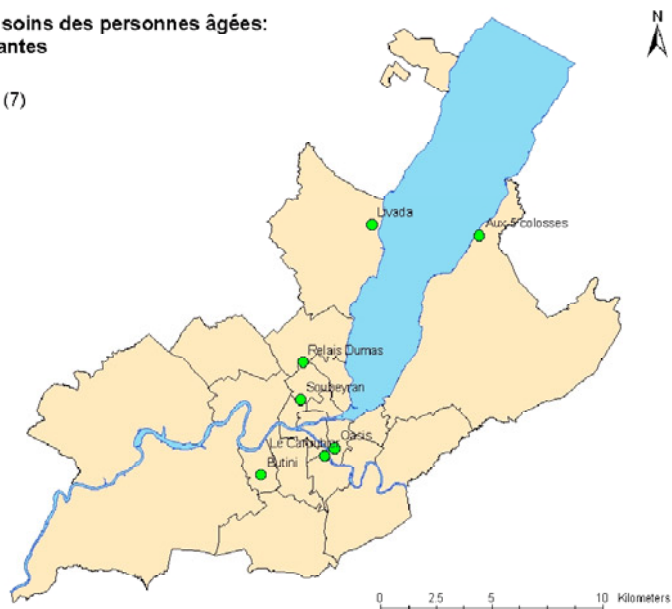


² Source : FSASD, situation au début du 2^{ème} semestre 2004

5. Répartition des foyers de jour³

Hébergement et soins des personnes âgées:
Structures existantes

● Foyers de jour (7)



³ Source : Répertoire du canton de Genève 2004

6. Répartition des UAT⁴

Hébergement et soins des personnes âgées:
Structures existantes

● UAT (14)



⁴ Source : OCPA, situation au début du 2^{ème} semestre 2004

7. Répartition des services des HUG⁵

Hébergement et soins des personnes âgées: Structures existantes

 Services HUG



- A - Service de médecine interne et de réhabilitation Beau-séjour
- Bilan de gériatrie
- B - Réhabilitation de la mémoire
- C - Service de médecine interne et de réhabilitation Hoger
- Service de gériatrie
- D - Centre de Soins Continus (CESCO)
- E - Service de psychiatrie gériatrique
- F - Poliger Rive gauche
- G - Service de médecine interne et de réhabilitation Loëx
- Centre de soins continus
- Poliger Rive droite

⁵ Source : HUG, situation au début de 1^{er} semestre 2005