

Date de dépôt : 3 février 2014

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi de M^{mes} et MM. Bertrand Buchs, Vincent Maitre, Anne Marie von Arx-Vernon, Michel Forni, Guy Mettan, Philippe Schaller, Henry Rappaz, Béatrice Hirsch, Bernhard Riedweg modifiant la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) (K 1 06) (Pour la mise en place d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD))

Rapport de majorité de M. Pierre Conne (page 1)

Rapport de minorité de M. Bertrand Buchs (page 23)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Pierre Conne

Mesdames et

Messieurs les députés,

La Commission de la santé a étudié le PL 11280 lors de ses séances des 18 octobre, 15 novembre, 22 novembre et 6 décembre 2013.

La présidence a été assurée par M. Mauro Poggia, puis M. Christian Dandrès, assistés par M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat, DARES, M. Adrien Bron, directeur général de la santé, DARES, et M^{me} Marie Barbey, chargée des affaires parlementaires, DARES. Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M. Sébastien Pasche. Qu'ils soient tous remerciés pour leur excellent travail et leur collaboration.

Synthèse

Ce projet de loi propose de créer un service d'hospitalisation à domicile destiné à offrir toutes les prestations médicales aux personnes dont l'état de

santé nécessite des soins complexes, évitant ou raccourcissant ainsi une hospitalisation « à l'hôpital ».

Cette nouvelle structure sanitaire cantonale serait dirigée par une nouvelle Fondation pour l'Hospitalisation à Domicile, gérée à part égale entre les Hôpitaux Universitaires de Genève, l'Association des Médecins du canton de Genève, l'Association des Pharmaciens, l'Institution de maintien à domicile et les infirmières indépendantes.

Les travaux de commission ont permis de constater que les prestations de soins et de traitements à domicile étaient déjà bien développées, que des marges de progrès existaient en organisant mieux la coordination entre les différents intervenants et en généralisant l'utilisation du dossier médical partagé (mondossiermedical.ch).

La majorité de la Commission de la santé est arrivée à la conclusion que la création d'une nouvelle structure compliquerait le pilotage de l'ensemble du dispositif sans améliorer l'adéquation entre les besoins en soins des patients et la manière optimale de délivrer ces soins.

L'entrée en matière a été refusée.

Présentation du projet de loi par le premier auteur, M. Bertrand Buchs, médecin, et questions des députés

Le PL 11280 découle d'un projet vieux de 15 ans et remonte à la création de l'Association pour l'hospitalisation à domicile. Des médecins avaient alors été formés en vue de ce projet mais, à l'époque, le Conseil d'Etat avait estimé nécessaire d'attendre que le déploiement des structures de soins à domicile soit réalisé.

Aujourd'hui, ce projet devient nécessaire car les séjours hospitaliers sont de plus en plus courts à cause des nouvelles façons de rembourser les hôpitaux.

L'intention de ce projet est d'inscrire dans la loi la notion d'hospitalisation à domicile, différente des soins infirmiers à domicile. L'avenir de l'hôpital est celui d'un hôpital plus souple et de moins grande capacité.

Ce projet de loi vise également à réduire la barrière entre l'hôpital et la médecine de ville en incluant à la fois des médecins hospitaliers et des médecins de ville dans les prestations d'hospitalisation à domicile. Les soins à domicile permettent, par ailleurs, de mieux former les jeunes médecins. Il doit y avoir une réflexion autour des soins à domicile afin de franchir un pas supplémentaire. La diminution des soins hospitaliers permettra de faire

baisser les coûts et diminuera, entre autres, la surcharge que connaît actuellement le service des urgences.

Une députée (S) fait référence à l'exposé des motifs du projet de loi et considère qu'il est entièrement tourné vers le modèle français. Elle relève qu'il existe à Genève des structures, tels l'Hospitalisation à Domicile (HAD) de l'IMAD, soutenu au travers d'un contrat de prestations, ou encore le service d'hospitalisation à domicile de SITEX ; elle désire savoir comment le PL s'articule en fonction de ces structures existantes. Elle rappelle que dans le cadre de la révision de la LAMal sur la rémunération des soins hospitaliers, il est possible de financer 18 jours de traitement à domicile à la sortie d'une hospitalisation (suite et fin de traitement), ce qui est une avancée majeure.

M. Buchs affirme que l'absence d'une mention de l'IMAD dans le PL est volontaire car il ne considère pas l'IMAD comme prestataire d'hospitalisation à domicile. Il ajoute que l'IMAD n'intègre pas de médecins et rappelle que des formations de personnes ont été entreprises mais que l'IMAD n'a jamais permis l'intégration de ces médecins. En ce qui concerne SITEX, il estime que l'on ne peut pas parler d'hospitalisation à domicile car il considère qu'il ne s'agit pas d'hospitalisation à proprement parlé. Enfin, concernant l'intégration du projet au sein des structures existantes, il explique qu'il faut effectivement trouver une possibilité qui permette la participation de chacun.

La même députée (S) mentionne qu'elle connaît bien l'HAD de l'IMAD et relève que les soins à domicile sont toujours prescrits par des médecins. Elle demande ce qu'entend M. Bertrand Buchs lorsqu'il évoque une absence de médecins au sein des structures actuelles d'aide à domicile.

M. Buchs explique que, depuis des années, l'on réclame des médecins dans la structure administrative de l'IMAD, mais il n'y en a toujours pas. Il ajoute que lorsqu'il intervient à domicile en tant que médecin, ce n'est pas de l'hospitalisation à domicile, mais de simples visites médicales. Il évoque ensuite des problèmes concernant les prescriptions de sortie donnés par des médecins de l'hôpital qui doivent être contresignés par des médecins de ville. Il explique que certains de ces derniers refusent de signer ces ordres puisqu'ils ne les ont pas donnés.

Une députée (MCG) estime que les soins à domicile n'existent non pas depuis 15 ans mais depuis 100 ans. Elle insiste donc sur l'histoire qui existe autour de cette question. Elle se dit perplexe face au projet de loi car elle considère que l'hospitalisation à domicile existe déjà. Elle mentionne les collaborations existantes entre l'IMAD et « Proximos », l'organisation de pharmacie à domicile. Elle demande quelle est la fonction précise des

médecins généralistes dans cette problématique. En termes de soins, elle affirme que la prise en charge à domicile comprend des éléments compliqués et par conséquent, elle estime qu'il y a forcément une collaboration avec le médecin privé du patient. Elle se demande donc si les médecins généralistes ne cherchent pas à s'ouvrir un champ car leur place est aujourd'hui menacée par la médecine hospitalière.

M. Buchs rappelle qu'il parle d'une hospitalisation à domicile et non des soins qui sont donnés actuellement. Il prend l'exemple des soins palliatifs et souligne le bon fonctionnement de cette prestation en soulignant que des personnes ont été formées à cet effet. Il affirme qu'un médecin traitant ne peut pas se charger seul de ces soins lourds et donc une collaboration entre confrères est essentielle. Il explique que le projet vise à atteindre le même type de collaboration pour tous les types d'hospitalisation.

Une députée (Ve) considère nécessaire de connaître les modalités d'intervention de l'HAD et du fonctionnement actuel du réseau. Elle mentionne ensuite un arrêt du Tribunal fédéral qui fixe les limites de l'hospitalisation à domicile. Elle explique que pour certains cas gériatriques, il s'est établi une jurisprudence qui permettait aux assurances de refuser la prise en charge de certaines prestations. Elle désire donc savoir comment M. Bertrand Buchs envisage la prise en charge des frais liés à hospitalisation à domicile, par rapport à cette jurisprudence.

M. Buchs admet que le talon d'Achille du système est en effet la question du financement.

La même députée (Ve) se demande si ce projet est la solution pour les cas de personnes âgées où le maintien à domicile devient problématique.

M. Buchs lui répond par la négative car il considère que pour ces cas, la situation peut devenir rapidement épuisante pour le personnel médical. Il relève toutefois qu'il existe heureusement une solidarité et une entraide qui permet de réduire les cas problématiques.

Une députée (Ve) rappelle qu'il a été prouvé que plus le séjour en hôpital est court plus le rétablissement du patient sera rapide. Elle estime cependant que la création d'une nouvelle structure est problématique, au regard de tout ce qui existe déjà à Genève.

M. Buchs précise qu'il ne s'agit pas d'une confrontation entre la médecine de ville et la médecine d'hôpital. Il s'agit de mettre toutes les options sur la table et de trouver une solution adaptée à la médecine actuelle. Il affirme que le projet vise à faire un pas de plus dans le sens des soins à domicile et considère que beaucoup de structures attendent que ce pas soit franchi.

Une députée (S) se demande comment la création d'un nouveau service pourrait soulager les frais généraux de santé. Elle rappelle qu'il est précisé dans l'exposé des motifs que l'accord des familles est nécessaire pour une hospitalisation à domicile. Or, elle estime que certains cas nécessitent une hospitalisation car des patients n'ont parfois pas le soutien familial. Elle affirme enfin qu'elle doute que les familles puissent assumer ces hospitalisations à domicile, notamment à cause des contraintes professionnelles de chacun.

M. Buchs affirme qu'il ne faut pas penser en termes de rentabilité mais estime qu'il existe néanmoins un problème véritable à l'heure actuelle. Il se demande si les médecins de ville pourraient assumer un rôle plus conséquent mais précise qu'il ne possède pas de solution toute faite. Toutefois, il considère qu'il est urgent de réfléchir à la question car beaucoup de médecins n'arrivent plus à assumer tous leurs patients.

La même députée (S) relève qu'il existe un problème de coordination entre médecins hospitaliers et médecins de ville. Elle se demande si l'on ne pourrait pas agrandir certains services de l'IMAD.

M. Buchs explique que le temps passé à discuter avec les patients d'une éventuelle hospitalisation devient quotidiennement de plus en plus conséquent. Il insiste sur le modèle des soins palliatifs et affirme que ce modèle est idéal car il permet au médecin d'obtenir une aide sans recourir nécessairement à une hospitalisation.

M. Unger rappelle qu'à partir d'une certaine fréquence de soins à domicile, faire les mêmes soins à l'hôpital revient moins cher. Il rappelle que le Tribunal fédéral est en train de rationner les soins, en refusant notamment des traitements onéreux pour des maladies orphelines. Il rappelle qu'il n'y a jamais eu d'évaluation des besoins, par rapport aux structures existantes et considère qu'il serait important de procéder à ce type d'évaluation. Il se dit ravi de pouvoir constater dans un temps relativement bref, que Cité générations fonctionne dans un cadre de proximité réelle. Il estime enfin que, dans le cadre du financement actuel des soins, c'est-à-dire un subventionnement des hôpitaux à hauteur de 55% et aucun subventionnement pour la médecine ambulatoire, aucun changement n'est possible.

Une députée (S) désire savoir quel est le public cible du projet de loi, ainsi que l'origine de la demande. Elle estime que le problème des listes d'attentes pour les sorties de patients nécessitant des soins, à partir des services hospitaliers gériatriques vers le domicile, est plus dû à une question de coordination et de clarification de certaines situations qu'à des manquements des soins à domicile. Elle se demande si c'est le groupe

politique de M. Buchs qui est à l'origine du projet ou alors l'AMG. Elle ajoute qu'il est vrai que le métier de médecin a changé depuis 15 ans mais souligne que celui de l'infirmière et des autres métiers liés à la santé ont également changé et par conséquent, ce sont des corps de métiers qui pourraient éventuellement prendre en charge des soins à domicile plus amples.

M. Buchs rappelle qu'il ne s'agit en aucun cas d'une guerre entre médecins et infirmières mais qu'il s'agit de chercher à améliorer le système actuel. Il précise qu'en plus des cas gériatriques, il existe des cas de jeunes souffrant de maladies chroniques et des pathologies oncologiques. Il constate que les compétences que l'on donne aux infirmières est quelque chose de positif. Il affirme que la façon de soigner les gens a changé et il faut donc repenser de manière générale les moyens de répondre à la demande. Il précise qu'il ne s'agit pas d'un projet spécifiquement politique, même si le PDC a mentionné ce projet dans son programme. Il résume qu'il existe des interrogations et il faut donc pouvoir y répondre.

Un député (PLR), médecin, estime qu'il est difficile de rentrer dans le débat vu que le rôle de chacun est difficile à situer car il existe une multiplicité de structures tels l'IMAD, SITEX, l'intervention à domicile des médecins, la participation des polycliniques, les équipes pour les soins palliatifs, etc. Il estime donc qu'il est difficile de se faire une idée claire du panorama actuel. Il considère qu'il serait plus simple s'il y avait moins de structures et moins de choix.

Un député (PDC), médecin, explique que, dans sa pratique, il se situe toujours à cheval entre la thérapeutique aigüe et les implications du traitement. Il prend l'exemple d'une patiente dont l'infection ne réagissait pas aux antibiotiques oraux et qui nécessitait donc des antibiotiques par voie intraveineuse. Il précise que l'administration de ce genre de traitement doit se faire en milieu hospitalier mais il explique que, pour ce cas précis, la personne a pu être soignée à domicile, avec le concours de SITEX, et ce système a fonctionné. Il mentionne ensuite le cas d'une patiente âgée, qui vivait chez elle avec une prothèse à la hanche, et qui a souffert d'un abcès nécessitant une petite intervention chirurgicale. Il explique que ce cas illustre bien l'importance d'un système de sécurisation avec un système de coordination et d'information. Donc, il résume en affirmant que ces créneaux sont quelque peu nouveaux. Il estime par ailleurs qu'il est important d'avoir une réflexion autour de la question économique et considère qu'il faut également se rendre compte des trafics d'influences existant entre les médecins-conseils et les assurances.

Un député (PDC), médecin, estime que ce projet de loi est intéressant car il pose la question de la transformation de la médecine ambulatoire en montrant qu'il faut tendre vers un nouveau type de soins, notamment à cause du vieillissement de la population et des maladies chroniques qui complexifient le domaine ambulatoire. Il affirme qu'il faut travailler autour de la coordination des structures existantes et ajoute que certaines structures doivent être renforcées, notamment l'unité de gériatrie communautaire et les unités d'accueil temporaire de répit. Concernant l'hospitalisation à domicile, il considère qu'il y a des limitations économiques mais aussi sociales. Il rappelle qu'il manque notamment des financements pour les proches-aidants. Il mentionne enfin mondossiermedical.ch, un outil de coordination informatique qui permet à tous les acteurs de pouvoir avoir les mêmes informations au même moment. Il affirme enfin que si l'IMAD a le dernier plan de traitement, c'est parce que l'IMAD est plus rapidement en lien avec l'hôpital que les médecins-traitants, dont 60% n'utilisent pas l'informatique.

M. Unger rappelle que le site mondossiermedical.ch est en fonction actuellement et il explique qu'il suffit juste de s'inscrire. Il rappelle que l'inscription est gratuite jusqu'en 2015. Deuxièmement, il explique que trois séances autour de commissions qui s'occupent de la constitution du réseau et de la coordination des soins, ont déjà eu lieu. Il affirme que lorsque le médecin désigné était convoqué, ou il ne venait pas ou alors il venait mais déclarait qu'il s'ennuyait lors de ces séances. Il affirme donc qu'il est essentiel de bien choisir au sein de l'AMG, un médecin qui s'intéresse véritablement à la question.

Un député (PLR), médecin, estime que, même si le médecin recevait le même jour que les infirmières la liste du traitement prescrit, le problème reste le même, car le traitement est prescrit par l'hôpital et non par le médecin-traitant. Il explique que le problème n'est pas au niveau du remboursement, puisqu'autant les médicaments prescrits à l'hôpital que ceux prescrits par le médecin-traitant sont remboursés. Il suppose que les infirmières reçoivent des instructions de l'IMAD demandant l'obtention de l'aval du médecin-traitant pour pouvoir dispenser au patient les médicaments prescrits par le médecin hospitalier.

Audition de M^{me} Marie Da Roxa, directrice générale de l'IMAD, accompagnée de M^{me} Sandrine Gelez, responsable des pratiques professionnelles à l'IMAD

M^{me} Marie Da Roxa contextualise la problématique de l'hospitalisation à domicile. Elle explique que le maintien à domicile était d'abord un souhait commun puis, compte tenu du vieillissement de la population et du

développement des maladies chroniques, est devenu un projet politique et un enjeu économique. Elle rappelle que le vote de la loi sur la santé et plus récemment le vote sur le réseau de soins, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010, ont permis de placer le patient au centre du dispositif et le maintien à domicile comme le pilier autour duquel le réseau doit tourner.

Elle rappelle que 21 400 personnes ont plus de 80 ans à Genève, dont un tiers suivent des prestations de l'IMAD. Elle explique que l'IMAD est devenu au 1^{er} janvier 2013 une fondation publique autonome recevant 144 millions de francs de subventions par année (sur un budget de 210 millions de francs). Elle ajoute que l'IMAD emploie plus de 2 000 collaborateurs, qui interviennent 7 jours sur 7, 24 h sur 24h, tous les jours de l'année. Elle précise qu'environ 16 500 patients sont suivis par année, que les prestations quotidiennes s'élèvent au nombre de 5 000 et qu'entre 500 et 700 sorties d'hôpital sont réalisées chaque mois. Elle mentionne enfin que 47% des personnes suivies ont plus de 80 ans.

Elle précise que l'hospitalisation à domicile existe bel et bien à Genève et fonctionne bien. Elle explique que l'IMAD possède un service dédié à l'hospitalisation à domicile, capable de répondre dans l'heure et formé de 25 collaborateurs. Elle affirme que ce service se charge du suivi de 150 patients par mois. Elle précise que les personnes ciblées par ce service ne sont pas exactement les mêmes que pour le reste des services puisque 20% des patients sont des enfants et 35% de personnes entre 18 et 65 ans.

Elle estime que le bon fonctionnement de l'hospitalisation à domicile est dû en partie grâce au partenariat avec Proximos, qui met à disposition des médicaments pointus et du matériel médical performant. Elle explique que l'hospitalisation à domicile consiste à prendre en charge soit des personnes hospitalisées afin qu'elles sortent de l'hôpital plus rapidement, soit des personnes arrivant aux urgences (notamment des enfants) dont l'hospitalisation classique est problématique. Elle rappelle que les soins palliatifs représentent aussi un autre volet important de l'hospitalisation à domicile et est divisé en deux types de prestations : les soins terminaux pour des personnes souhaitant mourir à domicile et des soins pour des personnes sujettes à une série d'inconforts en lien avec des traitements lourds.

M^{me} Da Roxa mentionne que 60% des mandats viennent des hôpitaux et 40% viennent des médecins de ville. Elle observe que l'hospitalisation à domicile concerne environ 1 000 patients par année et, de ce fait, ne peut être considérée comme marginal. Elle ajoute que pour certaines personnes, le séjour à l'hôpital peut parfois être dangereux, notamment concernant les infections potentielles et les risques de désocialisation.

Concernant le PL 11280, elle relève que l'article, 1 alinéa 1, mentionne «des soins simples et complexes», ce qu'elle critique car elle estime que le maintien à domicile n'est pas simple et tend au contraire à une complexification des situations. Elle explique que l'outil d'évaluation RAI, permettant d'avoir des données cliniques précises, a démontré qu'en moyenne, les patients de l'IMAD prennent sept médicaments, ce qui multiplie les risques d'effets secondaires. Elle résume ce point en affirmant que pour l'IMAD, c'est la norme de faire des soins complexes.

Elle poursuit en expliquant qu'elle a assisté à un colloque sur les réseaux de soins, au cours duquel les partenaires ont pu constater que beaucoup de choses fonctionnent bien et de ce fait, elle n'est pas certaine de l'utilité d'une structure supplémentaire. Elle considère qu'il faut se concentrer sur une meilleure compréhension des difficultés des médecins et évaluer certaines pistes, sans nécessairement créer quelque chose de nouveau. Concernant les entrées et les sorties de l'hôpital, elle estime que la communication entre médecins hospitaliers et médecins de ville doit être améliorée, afin de perfectionner la coordination, en termes d'informations et de médicaments. M^{me} Da Roxa insiste sur l'importance des médicaments, qu'elle considère comme un enjeu monumental, principalement pour les personnes qui souffrent de poly-pathologies. Elle rappelle que la majorité des patients ont plusieurs médecins, qui doivent avoir les moyens se coordonner au niveau de la médication.

Elle continue son exposé en affirmant que la coordination entre les différents spécialistes et les professionnels de la santé est difficile, notamment par manque de disponibilité, et considère l'infirmière-référent comme un acteur-clé de la problématique, dont le rôle doit être renforcé. Elle estime par ailleurs qu'il faudrait aussi pouvoir partager les informations avec les proches aidants et précise que le partage des informations est essentiel. Elle mentionne, à ce propos, mondossiermedical.ch, un outil qu'elle juge efficace mais trop peu utilisé. Elle résume ses propos en affirmant que l'hospitalisation à domicile existe actuellement à Genève et qu'elle peut être améliorée sans nécessairement créer une nouvelle structure.

M^{me} Gelez précise que les soins effectués à HAD IMAD sont bel et bien des soins hospitaliers.

Une députée (MCG) demande quelle est l'importance véritable de mondossiermedical.ch.

M^{me} Da Roxa explique que c'est un projet aujourd'hui opérationnel mais qui nécessite que tous les acteurs du secteur soient identifiés, ce qui n'est pas encore le cas à l'heure actuelle. Elle précise que seul le patient peut donner

son autorisation quant à la création et au contenu de son dossier. Elle estime qu'au départ, cet outil demande un effort concernant la mise en ligne des données, mais qu'il va permettre d'échanger les plans de traitement de chaque patient et ainsi améliorer une meilleure prise en charge.

M. Bron explique que le Conseil d'Etat a approuvé le 13 novembre 2013 le rapport d'évaluation sur la phase pilote du projet eToile mondossiermedical.ch. Il ajoute que ce rapport va être transmis à la commission et que le sujet peut être à l'ordre du jour dès que la commission le souhaite afin de faire un tour d'horizon sur la question et déterminer ce qu'il reste à faire pour mettre en place le dispositif.

Une députée (Ve) se demande si l'IMAD a des outils d'évaluations concernant son secteur d'hospitalisation à domicile et si ce dernier est voué à s'agrandir.

M^{me} Da Roxa explique que l'hospitalisation à domicile est, pour l'IMAD, une prestation à part entière, au même titre que les autres prestations fournies par les 37 équipes réparties sur l'ensemble du canton, dans le cadre du maintien à domicile. Elle ajoute que le nombre de prises en charge a doublé en une année et que les soins de base ont augmenté de 18% en 2012. Elle considère que les effets du vieillissement démographique représentent un enjeu réel avec lequel l'on doit désormais composer. Elle explique par ailleurs que la manière d'allouer les ressources est très compliquée à établir et précise que 90% du budget de l'IMAD est destiné aux charges de personnel dont 91% des collaborateurs travaillent sur le terrain. Elle affirme en outre que l'IMAD est doté d'outils d'évaluation clinique, introduits en 2006. Elle juge la situation genevoise enthousiasmante car elle considère le canton comme un précurseur en la matière et estime que l'outil RAI fonctionne correctement. Elle précise par ailleurs que ce même outil est actuellement introduit dans le système de santé vaudois.

La même députée (Ve) demande si, au niveau médical, il existe une collaboration avec les HUG ou alors avec les médecins de ville.

M^{me} Da Roxa explique que la collaboration avec les HUG est permanente puisque 60% des patients sont envoyés à l'IMAD par les HUG, mais aussi au niveau de la formation, dans le but de s'adapter aux soins toujours plus complexes. Elle souligne que l'enjeu de la formation continue est fondamental. En ce qui concerne les médecins de ville, elle explique que l'acteur clé est, pour l'IMAD, le médecin traitant, car c'est lui qui garde la main sur le suivi du patient et c'est lui qui prescrit un certain nombre d'actes. Elle se dit par ailleurs préoccupée par le comportement des assureurs qui estiment parfois que certains soins sont inutiles, malgré qu'ils aient été

prescrits par le médecin traitant ; elle regrette le pouvoir accru des assureurs. Elle estime que l'IMAD est intéressée à savoir quels sont les besoins de l'AMG car elle considère que la collaboration est globalement bonne mais pense que certains points peuvent encore être améliorés.

Un député (S) rappelle qu'au sein des signataires du PL11280, il y a trois médecins connus de la commission. Il juge positif le fait que M^{me} Da Roxa ait rappelé que beaucoup de choses se font déjà dans le champ de l'hospitalisation à domicile. Il désire savoir comment se passe la décision de la part du médecin d'un maintien à domicile ou alors d'une hospitalisation et quelle est la position de l'IMAD face à cela.

M^{me} Da Roxa explique que le but principal est avant tout de trouver des solutions évitant les hospitalisations, qui se soldent souvent par des séjours longs à l'hôpital au cours desquels peuvent s'enchaîner certaines complications. Elle précise qu'il existe un projet de création d'une ligne directe avec HAD, en collaboration avec Proximos, qui permette de faciliter le travail du médecin qui décide d'éviter une hospitalisation à son patient. Elle revient sur l'outil mondossiermédical.ch et affirme qu'elle désire que Proximos puisse y avoir accès. Elle mentionne ensuite les Unités d'Accueil Temporaire (UAT) qui permettent de procéder à des sorties directes à partir des urgences, dans des cas où l'hospitalisation ne se justifie pas et lorsque le retour au domicile est provisoirement problématique. Elle mentionne par ailleurs les Unités d'Accueil Temporaire Médicalisées (UATM), comme à Cité générations à Onex, qui permettent au patient d'être en observation, mais avec la présence d'un médecin et d'un plateau radiologique si nécessaire. Elle rappelle que la pesée des intérêts est primordiale et estime que l'on est actuellement encore trop souvent en situation de réaction, alors qu'il faudrait pouvoir planifier les différentes situations, avant de se retrouver en période de crise. Finalement, elle affirme qu'elle n'a pas reçu d'alerte de l'AMG, par rapport à la problématique de l'hospitalisation à domicile. Elle termine en insistant sur le fait qu'un réseau ne se décrète pas mais se construit dans la confiance de manière pragmatique.

Une députée (EAG) désire savoir si les caisses-maladie ont accès à mondossiermédical.ch.

M^{me} Da Roxa lui répond par la négative.

Un député (PDC) désire revenir sur la collaboration au sein du réseau et se questionne quant à la poly-médicalisation des patients ; il désire savoir si l'IMAD compte utiliser les outils du réseau existants pour solutionner les problèmes liés à cet élément.

M^{me} Da Roxa explique que l'IMAD prône l'intégration des pharmaciens genevois dans le dispositif de soins. Elle ajoute que les pharmaciens sont souvent plus disponibles que les médecins et elle les considère comme des partenaires de choix qui vont avoir, selon elle, un rôle de plus en plus important.

Un député (MCG) considère que le PL 11280 est quelque peu embarrassant car l'exposé des motifs propose de créer une fondation. Il se demande s'il convient de garder l'hospitalisation à domicile au sein de l'IMAD ou alors de séparer ce service spécifique de l'institution.

M^{me} Da Roxa ne voit aucune utilité à créer une fondation concernant le projet à domicile. Elle considère que le dispositif existant, à savoir l'hospitalisation à domicile de l'IMAD et les services fournis par SITEX, est satisfaisant. Elle estime que l'exposé des motifs est construit sur une vision passée par rapport au travail qui s'effectue actuellement dans cette problématique. Elle rappelle que beaucoup du travail se fait bel et bien autour de l'hospitalisation à domicile. Le projet de loi n'est donc, selon elle, pas source d'efficience.

Un député (PDC) demande si une structure du même type que l'équipe se chargeant des soins palliatifs pourrait être envisageable, afin d'éviter la création d'une nouvelle fondation.

M^{me} Da Roxa explique que ce type d'unité, dit de deuxième ligne, n'est pas composé d'intervenants au sens propre mais de personnes se chargeant avant tout de donner des conseils et des protocoles de soins. Elle juge l'idée intéressante mais estime qu'il faudrait déterminer qui animera ce type de structure ; elle pense que cela pourrait impliquer d'autres problèmes de financement. Elle résume son point de vue en affirmant qu'il faut penser d'abord aux besoins, avant de songer à l'organisation, car la démarche contraire peut mener, selon elle, à une entreprise contre-productive. Elle rappelle enfin que les soins palliatifs ne sont pas exclusivement des soins terminaux et que le suivi est essentiel pour les personnes souffrant de maladies chroniques car elle considère que la douleur n'est pas une fatalité.

**Audition de M^{me} Liliane Joannis, directrice des soins, SITEX
Hospitalisation à domicile, accompagnée de M^{me} Feria Laez,
pharmacienne responsable à SITEX**

M^{me} Joannis rappelle que SITEX existe depuis plus de 22 ans et qu'il s'agit d'une structure privée d'hospitalisation à domicile dont le but principal est d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations. Elle précise que SITEX est formé de deux équipes : des médecins et des pharmaciens qui travaillent

ensemble. Elle rappelle qu'il est important que tout le monde soit formé dans le but de travailler dans le même sens, tout en fournissant des prestations fort variées. Elle rappelle que tout traitement à SITEX est écrit, notamment à cause de la norme ISO dont bénéficie la structure. Elle explique par ailleurs qu'une catégorie de patients est appelée à recevoir des soins complexes et que la plupart des prescripteurs sont des oncologues. Elle ajoute que 20% des patients de SITEX reçoivent des soins palliatifs et décèdent à domicile. Concernant la courbe des âges, elle affirme que les patients de moins de trente ans reçoivent surtout des antibiothérapies et que les patients plus âgés sont plutôt concernés par des traitements oncologiques. Elle ajoute qu'il y a peu de patients âgés. Elle rappelle enfin que SITEX est un établissement subventionné depuis deux ans et reconnu d'utilité publique. Elle termine en expliquant que SITEX est formé de plus de 300 médecins qui peuvent se connecter sur les dossiers informatisés des patients. En référence à la notion de médecin-coordonateur, présente dans l'exposé des motifs, elle affirme qu'elle craint certaines interférences avec les oncologues qui confient leurs patients à SITEX.

M^{me} Laez explique que SITEX comprend une pharmacie d'hospitalisation à domicile, composée de 6 pharmaciens et de 2 assistantes en pharmacie. Elle explique que SITEX n'est pas ouvert au public mais s'occupe exclusivement d'élaborer les plans de traitement et de valider les médicaments prescrits par le médecin et emmenés par la suite au domicile du patient. Elle précise que le pharmacien est avant tout un interlocuteur privilégié du médecin. Elle ajoute que pour les cas de médication complexe, les médicaments sont conditionnés dans des salles aseptisées. Elle termine en précisant que les pharmaciens suivent des formations en oncologie, en nutrition et en soins palliatifs.

Un député (MCG) rappelle que la figure du médecin-coordonateur n'est mentionnée que dans l'exposé des motifs et non dans le projet de loi, à proprement parlé.

M^{me} Joannis estime que les structures actuelles fonctionnent bien et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une nouvelle structure comprenant un médecin-coordonateur.

Une députée (S) désire connaître le point de vue de SITEX sur le travail de l'IMAD.

M^{me} Joannis explique que l'IMAD ne traite pas les mêmes types de cas puisque la majorité des patients pris en charge par l'institution sont, contrairement à SITEX, des personnes âgées. Elle estime que l'existence d'une seule structure n'est pas une bonne chose et considère qu'il serait

positif que l'IMAD donne un certain nombre de ses patients à SITEX, afin d'équilibrer les structures.

Un député (PLR) désire connaître le montant de la subvention reçue par SITEX et le pourcentage qu'il représente par rapport au budget global de l'établissement.

M^{me} Joannis précise que l'établissement est privé mais ne fait pas de bénéfiques. Elle explique que la majorité des heures de soins coûtent 65,40 F et sont remboursées par la LAMal, tandis que le coût de revient total s'élève à 185 F. Elle ajoute qu'une participation du patient de 8 F est demandée. Elle affirme enfin que la somme qu'il reste, après avoir déduit le remboursement de l'assurance et la participation du patient, correspond à la subvention de l'Etat.

M. Bron explique que les anciens tarifs dont bénéficiait SITEX permettaient à l'établissement de tourner mais qu'à partir du moment où ces tarifs ont été fixés dans une redevance fédérale qui s'appliquait à l'ensemble de la Suisse, les contributions maximales autorisées par l'Assurance Obligatoire des Soins (AOS) ont été drastiquement réduites, ce qui menaçait la survie du service d'hospitalisation à domicile à Genève. Il ajoute qu'afin d'éviter la disparition de ces prestations, le canton a accepté le transfert de charge, qui s'est soldé par un mécanisme de subventions et un contrat de prestation avec SITEX. Il précise que la particularité de SITEX est que l'établissement a une activité de vente de médicaments et de matériel médical, raison pour laquelle le contrat de prestation a nécessité l'identification précise de ce qui devait être remboursé et ce qui ne devait pas l'être.

Un député (PLR) désire savoir combien de personnes sont traitées par SITEX.

M^{me} Joannis affirme que pour l'année 2012, 62 personnes par jour étaient prises en charge, ce qui représente environ 90 visites quotidiennes effectuées par trente infirmières, avec un service de garde 7j/7 et 24h/24.

Audition de M. Pierre-Alain Schneider, président de l'AMG, et du Dr Laurence Jelk Morales, médecin interniste et membre du comité Palliative Genève

M^{me} Jelk Morales explique qu'elle est médecin interniste depuis 15 ans à la Servette et que 50% de son activité se fait à domicile, principalement des soins palliatifs. Elle précise qu'elle fait partie du comité de Palliatif Genève, qu'elle est médecin-consultant à la douleur et aux soins palliatifs aux HUG et

qu'elle fait également partie du groupement de médecins généralistes intéressés aux soins palliatifs.

M. Schneider estime que le PL 11280 consiste avant tout à inscrire dans la loi quelque chose qui se fait déjà et vise donc à inclure la notion d'hospitalisation à domicile. Il affirme néanmoins que l'AMG ne voit pas très bien comment l'hospitalisation à domicile pourrait se cristalliser autrement que dans la pratique actuelle. Il rappelle que l'exposé des motifs fait état de l'expérience française, où l'hospitalisation à domicile s'est beaucoup développée au cours de ces dernières années comme alternative à l'hospitalisation classique, grâce à la prise en charge par une équipe hospitalière se déplaçant à domicile et étant en coordination avec le médecin traitant. Il déclare que l'avis de l'AMG concernant le PL est plutôt positif mais affirme cependant qu'il se pose beaucoup de questions concernant la nécessité de donner de la force aux soins à domicile. Il rappelle que la plupart des patients qui sont en fin de vie souhaitent rester chez eux et que l'hospitalisation à domicile est souvent la conséquence d'une demande du patient lui-même. Il ajoute enfin qu'il existe un problème global de financement dans le domaine de la santé, que ce soit par le biais de l'assurance maladie ou par le biais des hôpitaux.

M^{me} Jelk Morales affirme que l'on ne peut pas se baser sur ce qui se fait en France car il s'agit d'un système étatisé. Elle juge que la création d'un poste de médecin coordinateur n'est pas utile. Elle rappelle qu'il existe déjà des équipes mobiles de soins palliatifs qui peuvent se charger de cette tâche. Elle explique qu'il existe cependant un problème de visibilité de ces équipes et que les médecins en oublient parfois jusqu'à l'existence.

Un député (PLR) désire savoir quel serait, pour l'AMG, le véritable apport du PL 11280, sachant que ce qui est énoncé dans le projet est déjà existant.

M. Schneider estime qu'il est positif de mettre par écrit une pratique qui se fait actuellement. Cependant, il se pose des questions quant à la suite du traitement de la problématique posée par le projet de loi ; il se demande dans quel sens va aller cette réflexion.

M^{me} Jelk Morales estime que l'inscription de ces soins dans la loi va peut-être permettre de mieux défendre leur financement face aux assurances, qui font parfois barrage. Elle se réfère à une décision de justice dans laquelle une compagnie d'assurance a finalement gagné. Elle rappelle que la justification de toutes les prestations effectuées vis-vis des assurances prend beaucoup de temps et d'énergie. Elle considère par contre que la création d'une nouvelle

structure serait problématique et préconise d'utiliser plutôt ce qui existe à l'heure actuelle.

Une députée (EAG) désire savoir s'il existe une différence de coût entre une hospitalisation classique et une hospitalisation à domicile.

M^{me} Jelk Morales explique qu'à l'hôpital une partie des soins est prise en charge par l'Etat, tandis que les soins à domicile sont pris en charge par l'assurance maladie. Elle précise que le coût d'une hospitalisation à domicile peut être moins cher qu'une hospitalisation classique car elle évite les transports à l'hôpital et parfois un passage aux urgences. Elle précise en outre qu'une partie des coûts d'une hospitalisation à domicile est prise en charge par l'entourage du patient.

Un député (PDC) explique qu'il existe des situations complexes à domicile dans lesquelles le médecin traitant n'a pas toujours la possibilité de maîtriser tous les paramètres. Il se demande donc si dans ces cas, l'aide d'un médecin conseiller ne serait pas utile.

M^{me} Jelk Morales explique que ce type d'aide existe et qu'autant les infirmières que les familles en ont besoin, mais que la demande n'est pas toujours faite. Elle observe que les visites à domicile ne sont pas toujours possibles pour tous les médecins. Elle ajoute que certaines situations ne permettent pas un maintien à domicile, notamment l'absence de l'entourage du patient, qui prend en charge généralement une partie de l'économie qui n'est pas incluse dans les coûts mais qui reste, selon elle, très conséquente.

M. Bron se demande si beaucoup d'occasions de maintien à domicile sont avortées par défaut de disponibilité des médecins-traitants pouvant donner les ordres de maintien. Il désire savoir comment l'on pourrait aider ces médecins afin qu'il puisse avoir une meilleure disponibilité pour cette tâche.

M^{me} Jelk Morales estime qu'il est difficile de pouvoir se prononcer à ce sujet. Elle explique qu'il convient de motiver les jeunes médecins à se former pour les soins palliatifs complexes. Elle rappelle que cela nécessite une grande disponibilité et estime qu'il faut redonner avant tout l'envie d'effectuer des soins à domicile.

M. Schneider mentionne la Maison de Tara à Thônex qui permet de recevoir des patients quelques jours, souvent pour des soins en fin de vie. Il affirme qu'à sa connaissance cette structure est sous-utilisée.

M^{me} Jelk Morales précise qu'il s'agit d'une initiative privée se trouvant sur la commune de Chêne-Bougeries ; elle explique que la maison offre 5 chambres où les soins sont effectués comme à la maison. Elle précise qu'actuellement, la structure n'est plus sous-utilisée. Elle ajoute qu'il faut

payer une pension de 150 F par jour et que le personnel de la maison est formé de volontaires.

Le Président désire des précisions quant à la décision de justice mentionnée auparavant.

M. Bron explique qu'il s'agit d'une décision du Tribunal administratif fédéral concernant un recours de la CSS qui contestait l'obligation d'honorer des soins à domicile, lorsque ces derniers sont plus onéreux qu'une prise en charge en EMS. Il rappelle que les soins à domicile sont des soins ambulatoires et donc à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il juge inquiétante la décision du Tribunal qui a donné raison à la CSS car il estime que cela signifie potentiellement que ce sont les assurances qui font de l'orientation. Il explique que le coût global d'une hospitalisation à domicile n'a rien à voir avec la somme prise en charge par l'AOS et reste en définitive meilleur marché que l'occupation d'une chambre d'hôpital sur une longue durée.

M^{me} Jelk Morales désire insister sur la pression exercée par les assurances qui ne veulent plus prendre en charge certains patients recevant des soins palliatifs, ce qui oblige à les transférer dans des structures non adaptées pour ce type de soins.

Un député (MCG) désire savoir ce que les personnes auditionnées pensent de la mention du médecin-coordonateur dans l'énoncé des motifs du PL.

M^{me} Jelk Morales estime que le fait de chapeauter la coordination déjà existante n'est pas utile, d'autant plus que certains professionnels font déjà ce type de travail.

M. Schneider résume ses propos en expliquant que la préoccupation principale de l'AMG est de permettre le fonctionnement des outils existants.

Le Président rappelle que le PL 11280 est fondé sur le libre choix du patient entre une hospitalisation et une hospitalisation à domicile. Il désire avoir l'avis du département sur la décision du Tribunal fédéral afin de connaître l'impact éventuel de celle-ci sur les soins à domicile et, le cas échéant, sur ce projet de loi.

M. Bron explique que l'impact de l'avis du Tribunal n'a pas bouleversé l'activité de l'IMAD mais il estime que ce type de jurisprudence est à surveiller de très près. Concernant le PL 11280, il souligne l'existence d'une dichotomie entre le projet de loi à proprement parlé, qu'il considère quelque peu superflu, et l'exposé des motifs. Il rappelle que l'hospitalisation à domicile existe effectivement bel et bien à Genève et il considère qu'il est actuellement difficile de voir ce qu'il manque à ce dispositif. Par ailleurs, il juge cette dichotomie gênante car il estime qu'elle empêche de voir le sens

véritable des articles du projet de loi. Il continue en affirmant qu'il n'existe pas d'évidence de l'existence massive de potentiels maintiens à domicile ratés. Il affirme par ailleurs qu'il n'y a pas besoin de subventionner le Tarmed, ni de créer une association pour rémunérer convenablement les visites à domicile. Il estime qu'il faut plutôt avoir une réflexion avec les médecins pour voir de quel manière ils s'organisent afin que l'ordre médical puisse être donné, sans que le médecin traitant soit nécessairement disponible 24h/24. Il ajoute enfin qu'il convient toutefois de documenter le nombre de cas qui échappent au dispositif de maintien à domicile et d'étudier les potentielles actions que l'on pourrait mener pour répondre à cette problématique.

Une députée (PLR) se dit interpellée par les propos de l'AMG quant à l'utilité de la confirmation dans la Loi du droit à l'hospitalisation pour les patients. Elle désire entendre le département à ce sujet.

M. Bron rappelle que l'IMAD a l'obligation d'accepter de fournir les prestations liées au maintien à domicile, pour autant qu'il y ait une prescription du médecin.

Un député (PLR) estime qu'il y a une ambiguïté entre hospitalisation et prise en charge ambulatoire. Il rappelle que la LAMal définit la notion d'hospitalisation comme l'ensemble des prestations fournies dans un hôpital, tandis que le reste des prestations en cabinet médical, à domicile ou avec des intervenants extérieurs correspond à de la médecine ambulatoire. Il souligne que les prestations fournies à domicile peuvent être fort complexes mais qu'elles ne s'apparentent toutefois pas, au sens de la Loi, à une hospitalisation. Il considère qu'il est important de retenir qu'il existe des difficultés d'obtenir, de la part des assureurs qui tendent à contester l'utilité de certains soins, le paiement des prestations à domicile. Finalement, il estime que plus l'on rajoute des structures, plus la coordination sera complexe. Il ajoute que prise en charge ambulatoire et hospitalisation sont deux choses différentes et il convient donc de rester puriste au niveau des termes, afin d'éviter toute confusion.

M. Bron estime que le fait de créer dans le droit cantonal une nouvelle catégorie de soins est effectivement de nature à créer de la confusion.

Un député (PDC) estime qu'inscrire dans la loi la prestation d'hospitalisation à domicile est importante, car c'est une prestation qui est développée depuis plus de 20 ans à Genève par des médecins et des pharmaciens. Il rappelle que toutes les prestations fournies par ces derniers ne sont pas payées (notamment la préparation des médicaments) et que tout ce qui est tarifé, l'est sous couvert du tarif infirmier. Il estime que SITEX aurait

déjà disparu s'il ne bénéficiait pas des subventions de l'Etat, même si SITEX appartient à un grand groupe pharmaceutique privé. Il estime que le PL 11280 cherche avant tout à créer une structure qui puisse arriver en seconde ligne et permettre ainsi d'éviter de faire passer inutilement un certain nombre de patients aux urgences. Enfin, il considère que la structure idéale serait du même style que l'équipe des soins palliatifs.

M. Bron est conscient qu'il existe des problèmes dans la rémunération des prestations pharmaceutiques. Il observe qu'il y a une différence entre ce type de prestations et le travail fourni par l'unité de soins communautaires palliatifs car cette dernière doit être considérée comme une équipe qui vient dans le but de fournir une expertise de la part des établissements publics autonomes. Il se demande qu'est-ce qui oblige à ce que ce type de prestation provienne forcément du secteur public et non directement du corps médical. Il se demande finalement s'il existe véritablement beaucoup de situations qui passent entre les mailles du filet et estime que la création de nouvelles structures subventionnées n'est pas la solution.

Un député (UDC) précise que l'IMAD n'accepte pas tous les cas, contrairement à ce qu'a dit M. Adrien Bron. Il évoque notamment les cas de sénilité, parfois violents. Il explique à ce propos que le personnel de l'IMAD peut parfois être confronté à des comportements agressifs ou violents. Il affirme que, dans ces cas de figures, l'IMAD refuse de fournir des prestations de soins à domicile. Il se demande par ailleurs si le PL 11280 n'est pas quelque peu restrictif par rapport à certains points abordés dans la nouvelle constitution, notamment la notion de proches aidants. Il juge donc le PL quelque peu caduc et questionne la compatibilité du projet de loi avec la nouvelle constitution.

Prise de position des groupes

Le groupe PLR a accueilli le projet de loi avec intérêt mais finalement refuse l'entrée en matière. Au cours des travaux et notamment avec les auditions de l'IMAD et de l'AMG, il est apparu que ce que les auteurs entendaient par « hospitalisation à domicile » existe et est déjà bien développé. L'important aujourd'hui est de faire des efforts afin d'améliorer la coordination entre les acteurs hospitaliers, les médecins privés et les soins à domicile, avec les outils à disposition. La loi existante le permet. Ce PL n'apporte aucune amélioration dans le système de soins genevois. Il est trop contraignant, demande la mise en place d'une nouvelle structure et d'une organisation complexe, lourde et inutile.

Le groupe UDC refuse l'entrée en matière car les auditions ont effectivement montré que les acteurs sanitaires n'y voyaient pas grande utilité. Ce PL se réduit à mettre une nouvelle étiquette sur quelque chose qui existe déjà, sans toutefois décrire précisément ce que désigne cette étiquette. Les soins à domicile fonctionnent fort bien dans le cadre législatif actuel.

Le groupe MCG refuse l'entrée en matière tout en relevant un élément positif de ce PL : l'expression politique affirmant l'importance de l'hospitalisation à domicile. Cependant, ce projet se limite à vouloir créer de toute pièce une nouvelle structure, inutile car la situation juridique actuelle est satisfaisante.

Le groupe socialiste refuse l'entrée en matière, se référant notamment à l'audition de l'IMAD. La commission a pu se rendre compte que les structures existent déjà et qu'une réflexion, par les acteurs, autour de la problématique des soins à domicile semble la meilleure solution. La création d'une nouvelle structure est inutile.

Le groupe des Verts refuse l'entrée en matière estimant toutefois délicat de refuser un projet de loi qui va dans le sens de l'attente générale de la population : le maintien à domicile. En l'état, ce PL conduit à la création d'une usine à gaz, ce qui risque de bloquer un système qui fonctionne déjà bien. Et de conclure qu'il serait bienvenu à l'avenir d'étudier les possibilités d'améliorer le sort des patients, sans créer de nouvelles structures !

Le groupe EAG refuse l'entrée en matière. Les auditions des acteurs concernés ont convaincu du bon fonctionnement actuel du réseau et de l'inutilité d'une organisation faïtière qui n'apporterait aucune plus-value.

Le groupe PDC votera l'entrée en matière, rappelant que l'hospitalisation à domicile part d'un besoin qui va devenir de plus en plus important pour les médecins de ville et qu'il existe une différence entre soins à domicile et hospitalisation à domicile. Le but premier de ce PL était de permettre au Conseil d'Etat d'avoir une réflexion autour de cette problématique et d'effectuer des études pilotes. Ce projet visait avant tout à permettre au chef de département de mettre en place un système d'évaluation afin d'observer les améliorations possibles du secteur.

Vote d'entrée en matière du PL 11280

OUI : 1 (1 PDC)

NON : 14 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 4 PLR, 2 UDC, 3MCG)

Abstention : –

Conclusions

L'entrée en matière du PL 11280 est refusée à la majorité (14 contre 1).

Catégorie de débat : II

Projet de loi (11280)

**modifiant la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom)
(K 1 06)** *(Pour la mise en place d'un service d'hospitalisation à domicile
(HAD))*

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Art. 1 Modifications

La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, est
modifiée comme suit :

Titre de la loi (nouvelle teneur)

Loi sur le réseau de soins, l'hospitalisation à domicile et le maintien à domicile

Art. 1, al. 1 (nouvelle teneur)

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

Art. 3A Hospitalisation à domicile (nouveau)

Par hospitalisation à domicile, on entend toutes les prestations médicales de
soins qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé nécessite des soins
complexes évitant ou raccourcissant par la même une hospitalisation.

Art. 13, al. 3 (nouvelle teneur)

³ Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une
assistance médicale et des mesure de réadaptation pour une longue durée, ils
peuvent bénéficier soit d'une hospitalisation à domicile, si cette dernière est
possible, soit sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des
cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux.

Art. 2 Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la
Feuille d'avis officielle.

Date de dépôt : 27 janvier 2014

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Bertrand Buchs

Mesdames et
Messieurs les députés,

Depuis quelques années, sous l'impulsion du conseiller d'Etat Unger, nous avons assisté à la mise en place d'un service de soins à domicile de qualité.

Les prestations proposées sont variées et comprennent déjà des soins complexes comme les soins de plaies ou des traitements par perfusion intraveineuse.

Ces soins permettent un maintien à domicile, d'éviter des déplacements à l'hôpital ou chez le médecin traitant. Ils ont également comme conséquence de diminuer le temps des hospitalisations avec, dans certains cas, des retours à domicile plus précoces.

Nous proposons, avec ce projet de loi, de faire un pas supplémentaire en créant un service d'hospitalisation à domicile (HAD).

Qu'entendons-nous par HAD ?

Nous pouvons en donner la définition suivante : *« Les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »*

L'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants. Cette demande devrait s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement. L'HAD pourrait permettre d'éviter la désocialisation des personnes âgées et plus généralement des personnes fragiles. Les experts rappellent que l'HAD présente la caractéristique de faire prendre en charge, par les ménages, les coûts non directement liés aux actes médicaux et paramédicaux (coûts hôteliers). Le coût d'une journée HAD est donc moindre. Ils appellent au

développement des soins palliatifs et aux soins de suivis des personnes atteintes de maladies invalidantes, en particulier celles victimes d'AVC (accident vasculaire cérébral).

Il y a plus de 15 ans, une association pour l'HAD avait été créée dans notre République. Elle comprenait des infirmières indépendantes, des infirmières travaillant à la FSASD (actuellement l'IMAD), des pharmaciens indépendants et l'AMG (association des médecins de Genève).

Cette association avait proposé à l'Etat un concept novateur.

Lorsqu'un médecin traitant se rend à domicile et rencontre une situation médicale grave nécessitant des soins complexes, il aura le réflexe d'appeler une ambulance et de faire hospitaliser son patient.

La question du maintien à domicile est rarement discutée, le médecin traitant n'ayant pas les moyens en temps pour l'assumer. Il a souvent besoin d'une aide qui puisse rapidement lui dire si une prise en charge est possible. Il a aussi besoin de certaines compétences métiers qu'il ne maîtrise pas, par exemple un avis dans une spécialité qui n'est pas la sienne (cardiologie, rhumatologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, etc.).

Il était proposé un numéro de téléphone unique, disponible 24h/24.

Un médecin coordinateur jugeait de la situation clinique, évaluait les besoins en personnel et en moyen technique.

Il donnait son OK à une prise en charge à domicile et fournissait au médecin traitant toutes les compétences nécessaires (des consultations, à domicile, par des spécialistes hospitaliers étaient prévues).

Le médecin traitant avait aussi le choix de ne pas s'occuper de la situation complexe à domicile en déléguant cette compétence à un confrère formé aux HAD.

L'Association HAD avait déjà établi une liste de médecins et débuté une formation adéquate.

Au cas où l'HAD n'était pas possible, une hospitalisation était programmée et discutée avec le service hospitalier idoine. Ce qui permettait de ne pas surcharger les urgences.

Après de nombreuses discussions avec le département de la santé, ce dernier avait décidé de se concentrer sur le développement du service de soins à domicile en développant la FSASD. Il désirait procéder du plus simple au plus compliqué.

Nous pensons qu'il est temps, maintenant que les soins à domicile sont sur rails et fonctionnent bien, de rediscuter le concept d'HAD et de le développer.

Il sera important de bien coordonner l'intervention des médecins de ville avec celle des médecins hospitaliers.

Il est donc essentiel de déjà réfléchir à la structure qui gèrera ce service.

L'avenir n'appartient plus au tout hospitalier.

Nous suggérons dans l'exposé des motifs la création d'une fondation.

Lors des travaux de la Commission de la santé, la création de cette fondation a été très critiquée.

Les commissaires ont jugé que la structure HAD existait déjà, par le biais de l'IMAD, et qu'il ne servait en rien de mettre sur pied une nouvelle structure.

Cet argument n'est pas exact. Il existe bien une structure se nommant HAD à l'IMAD, mais sa fonction ne correspond pas à la définition de l'HAD. Pour preuve, elle ne repose que sur une équipe d'infirmières sans la présence d'un médecin coordinateur.

Le besoin d'une telle structure est réel. Par exemple, l'hôpital de gériatrie réfléchit, pour diminuer ses frais, de faire rentrer plus vite les patients à la maison. Pour le faire, il a besoin d'une collaboration des médecins de ville pour pouvoir mettre en place une structure HAD.

Si cette structure existait, cette demande n'aurait pas eu lieu d'être.

Il est aussi étonnant de constater que depuis que ce PL a été refusé par la commission, les différents acteurs étatiques lui ont brusquement trouvé un grand intérêt. Une rencontre IMAD, AMG et votre serviteur a été agendée prochainement.

Nous remarquons que le principal grief fait contre ce PL, la création d'une fondation, qui ne figure pas dans le PL mais est proposée dans l'explication des motifs, comme une des possibilités. Nous pourrions très bien accepter de déléguer cette tâche à l'IMAD.

Ce PL propose simplement d'ajouter dans la loi la notion d'HAD, pour pouvoir tranquillement la mettre sur pied dans les prochaines années, comme nous l'avons fait pour les soins à domicile.

Nous vous demandons de voter l'entrée en matière et de voter ce PL pour pouvoir commencer les discussions entre les différents acteurs de la santé et l'Etat.